

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

36

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1906, à 1 heure

PAR

Emile TARDIF

De la Faculté de Médecine de Paris

DES

Complications des Kystes de l'Ovaire

PENDANT LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur

MM. TERRIER, professeur

Juges

KIRMISSON, professeur

LEPAGE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERRONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE

MA GRAND'MÈRE

ET DE

MON GRAND PÈRE

A MES TANTES

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Expression de reconnaissance et
de respectueux dévouement.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

*Témoignage sincère d'affection
et de vive amitié.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous tenons à jeter quelques instants un regard sur le passé pour saluer de nos remerciements et de nos hommages les maîtres éminents, qui ont si largement contribué à notre instruction médicale.

Notre pensée ira tout d'abord à M. le professeur Bousquet, l'excellent directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, qui nous inculqua si savamment les principes de la chirurgie et fut toujours pour nous un Maître affable et dévoué.

Les nombreuses marques de sympathie, je dirais presque d'amitié, que M. le Dr Pojolat nous a témoignées dans son service resteront toujours présentes à notre mémoire.

Que M. le professeur Du Cazal, qui nous a initié avec tant de bienveillance et de savoir aux difficultés de la clinique médicale et de la thérapeutique, veuille bien recevoir l'expression de notre vive reconnaissance.

MM. les professeurs Huguet, Bide, Planchard, Gautrez, Lepetit, Billard, Maurin, Gros, Mally, Dionis du Séjour ont droit à toute notre gratitude.

A la Faculté de médecine de Paris, nous avons suivi avec un très grand intérêt les magistrales leçons de MM. les professeurs Dieulafoy et Raymond.

Nous avons été l'élève et l'admirateur de M. le professeur Pozzi, à qui nous devons nos meilleures connaissances en gynécologie.

A la Pitié, notre distingué maître M. le Dr Lepage nous a toujours fait un accueil que nous n'oublierons jamais. Sous sa haute direction, nous avons appris à aimer à nous instruire chaque jour davantage des choses de l'obstétrique. M. Lepage nous a donné le sujet de notre thèse ; il nous a dirigé dans son exécution, nous tenons à le remercier de tout cœur de sa bonté pour nous.

M. le professeur Pinard a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; c'est pour nous un honneur dont nous connaissons tout le prix et ce n'est pas sans une certaine fierté, un certain orgueil, que nous tenons à lui adresser ici la respectueuse expression de nos sincères remerciements et de notre plus profonde reconnaissance.

Nous devons beaucoup à M. le Dr Mouchotte, chef de clinique à Baudelocque ; qu'il trouve dans nos sentiments, l'assurance toute vraie de la véritable affection de quelqu'un qui se souvient.

DES

Complications des Kystes de l'Ovaire

PENDANT LA GROSSESSE

INTRODUCTION

De tous les travaux relatifs aux complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse, il ressort que de nombreux accidents peuvent venir compliquer l'évolution du kyste au cours de la gestation.

La mobilité du kyste, son excès de volume, la supuration de la cavité qui détermine presque toujours de la péritonite adhésive occasionnant des adhérences aux parties adjacentes, les hémorragies intra-kystiques dont la gravité est certaine, la rupture parfois spontanée sont autant de complications avec lesquelles on doit compter.

Celles-ci sont néanmoins plus rares de nos jours. Grâce aux règles nouvelles de la chirurgie et aux enseignements de M. le professeur Pinard, il est

beaucoup moins fréquent de constater les accidents ci-dessus énumérés, car : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué chez une femme enceinte, doit être opéré » (Pinard).

Or, si toute femme est examinée, comme il le convient, dès le début de sa grossesse, si, après avoir diagnostiqué un kyste de l'ovaire, on opère ce kyste sans tarder, il sera exceptionnel de rencontrer de gros kystes. Il s'agira plutôt de tumeurs de petit volume dont la femme au début de sa grossesse ne soupçonnera même pas l'existence, si elle ne s'est pas fait examiner. Ce sont ces kystes peu volumineux qui, restés cachés, évolueront tout à leur aise, donneront souvent lieu à toutes les complications et notamment à la plus communément observée : la torsion du pédicule », torsion qui s'effectuera d'autant plus facilement que le kyste sera plus petit et par suite plus mobile.

Au point de vue histologique, qu'il s'agisse d'un kyste prolifère glandulaire, d'un kyste papillaire, d'un kyste mixte, les accidents seront à peu près les mêmes. Il va sans dire qu'un kyste sessile se tordra moins vite qu'une tumeur pédiculisée.

Notre intention est avant tout de faire une étude clinique basée sur des observations. Nous concentrerons à dessein nos recherches sur la complication la plus en vue du kyste ovarique : « la torsion du pédicule ».

Nous étudierons donc le rôle qu'exerce la grossesse sur le kyste de l'ovaire concernant les hémorragies

qui peuvent se produire et les complications que peut engendrer la tumeur par suite de son excès de volume, de ses adhérences, de sa rupture et de sa suppuration.

Après avoir consacré un chapitre à la torsion du pédicule kystique, nous nous occuperons des autres accidents dans cinq chapitres différents.

La question du traitement fera l'objet d'un nouveau chapitre.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

De l'excès de volume des kystes de l'ovaire

Parmi les auteurs, les uns (Heiberg, Péan, Schroeder, etc.) prétendent que le kyste se développe rapidement par lui-même et qu'il est invraisemblable d'attribuer absolument au gravidisme cette rapidité d'évolution.

A première vue, on pourrait prendre cette théorie pour l'expression de la vérité, certains kystes paraissant ne pas subir trop de modifications pendant la grossesse.

L'opinion contraire paraît plus en rapport avec les faits. Spencer Wells, Simpson, Stoltz, Atlée, etc., ont démontré que la grossesse donne comme un coup de fouet aux kystes de l'ovaire, surtout s'ils sont liquides. Elle les fait rapidement augmenter de volume. Les cas de Rosenthal et de Gross, cités par Rémy, en sont de beaux exemples : « Le ventre, dit le Dr Gross, n'était pas tuméfié avant la grossesse et pendant celle-ci, il prit un développement énorme.

L'ovaire avait été trouvé auparavant un peu gros par un spécialiste et cette tumeur kystique, comme endormie, s'était réveillée et avait pris une marche très rapide à l'occasion de la grossesse. »

Lomer, Olhausen, Spiegelberg, Litzman et Gaulard partagent cette opinion.

On peut admettre, que la grossesse est souvent la cause d'une augmentation de volume du côté du kyste de l'ovaire, et que si cet accroissement n'est pas toujours signalé, c'est que le médecin n'a pas suivi la femme pendant sa gestation.

Le développement du kyste ovarique pendant la grossesse devra donc jouer un grand rôle. Il sera la cause de malaises plus ou moins sérieux. Mais il y aura de nombreux degrés ; on conçoit que suivant telle ou telle femme, suivant diverses circonstances, le kyste prendra des proportions plus ou moins considérables ainsi que le prouvent plusieurs observations (obs. VIII, IX).

Telle l'observation rapportée par Rémy page 185 :

OBSERVATION I (résumée)

Il s'agit d'une multipare de trente ans se plaignant de douleurs abdominales et lombaires et enceinte de nouveau de quatre mois. La tumeur remarquée depuis deux ans a eu *deux phases de développement rapide qui coïncidèrent exactement avec la deuxième grossesse actuelle* ; dans l'intervalle de ces grossesses, il y eut un arrêt de développement.

L'ovariotomie fut pratiquée le 27 septembre ; l'extirpation du kyste fut suivie d'un avortement onze jours après l'opération.

Si au début de la gestation, les dimensions du kyste sont modérées, si le kyste se développe lentement, il peut arriver que l'organisme s'habitue à la gêne que détermine la tumeur. C'est dans ces conditions seulement que la grossesse peut évoluer, suivre son cours normal sans que la femme soit par trop incommodée. Mais il ne faut pas s'attendre à voir les faits se présenter toujours de la sorte. Le plus souvent le kyste, chez la femme enceinte, cause des troubles graves qui réclament une opération urgente.

Il est à prévoir que si le kyste atteint ou dépasse le volume d'une tête d'adulte, les phénomènes de compression seront poussés à l'excès et nécessiteront une rapide intervention. Cette influence néfaste s'exercera d'autant plus facilement que l'on arrivera plus près du terme (obs. III, IV, V, X, XI).

La fréquence de la respiration, la démarche plus pénible de la femme seront alors des signes apparents des troubles qu'elle ressent. De bonne heure, c'est-à-dire dès les quatre ou cinq premiers mois, l'abdomen parfois très distendu, luisant et œdématié, ne nous paraîtra guère en rapport avec l'âge de sa grossesse. Plus le ventre sera distendu, plus les malaises seront accentués. Il se produira en effet des tiraillements des fibres musculaires et nerveuses, un refoulement et une compression des organes centraux qui ne sauraient exister sans s'accompagner d'importants symptômes douloureux. Il en résultera

des souffrances qui pourront devenir insupportables et nécessiteront l'intervention.

En voici une preuve (Rémy, page 68) :

OBSERVATION II (résumée)

Une femme enceinte est atteinte d'un énorme kyste de l'ovaire. La malade souffre de nombreux malaises : « constipation, palpitations, dyspnée, douleurs de côté, amaigrissement, dilatation énorme des veines. On lui propose un accouchement prématuré, elle s'y refuse. On fait l'ovariotomie peu après l'accouchement et on retire un kyste ovarien volumineux. La malade meurt dix-sept heures après l'intervention. »

Le kyste peut encore comprimer la vessie, les uretères, occasionnant, avec la présence ou non d'albumine, des envies fréquentes d'uriner, le plus souvent de grandes difficultés du côté de la miction et une dysurie marquée comme dans l'observation III. Ces troubles acquièrent, dans certains cas, une telle intensité, qu'il n'est pas rare de les voir aboutir à une incontinence ou à une rétention d'urine plus ou moins complète suivie parfois d'anurie.

Enfin le kyste trop gros exerce non seulement son action sur les réservoirs de la cavité abdominale, mais encore sur les organes thoraciques. C'est ainsi que porté lui-même vers la partie supérieure de l'abdomen, il refoulera le foie et le diaphragme qu'il immobilise en quelque sorte, d'où résultera un refoulement et une compression notable des poumons.

Ces phénomènes ne tardent pas à se manifester par de la gêne, de la fréquence de la respiration et, parfois, par une dyspnée inquiétante, des accès de suffocation, de l'orthopnée et de la cyanose. Le cœur lui-même est dévié par le fait du déplacement du diaphragme, ce qui se traduit par des palpitations.

Le kyste pourra en outre gêner la circulation de retour, produire de l'œdème des membres inférieurs, des varices et occasionner sur l'abdomen l'apparition de circulations collatérales.

Ce sont là tous les accidents et les troubles qui peuvent se produire lorsqu'il y a surdistension de l'abdomen, troubles que l'on retrouve dans maintes observations et en particulier dans la suivante :

OBSERVATION III (résumée)

(Hecker. — *Monatschrift für Geburtskunde*, VII, 98)

Une grande multipare, de nouveau enceinte, éprouve une gêne considérable du côté de la respiration; les extrémités inférieures sont très infiltrées. Cette malade ne peut rester couchée, elle est obligée de rester assise sans pouvoir dormir. Elle urine peu ou avec grande difficulté.

Ces phénomènes de compression devinrent très intenses, la quantité d'urine émise chaque jour diminua de plus en plus; le cathétérisme ne donnait issue qu'à quelques gouttes d'urine; la respiration était accélérée, pénible, à certains moments il y avait de l'orthopnée très fatigante pour la malade. Ces symptômes prirent rapidement une telle intensité qu'il devint nécessaire de provoquer l'accouchement prématuré afin de diminuer les phénomènes de compression.

On décida, le 12 octobre de provoquer le travail, et la femme accoucha d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 4 livres 1/2.

L'exploration de la malade, qui se trouvait soulagée après l'accouchement, démontra l'existence d'une tumeur dans l'abdomen. Le ventre n'avait que peu diminué de volume et présentait à peu près les mêmes symptômes qu'auparavant.

La puerpéralité fut régulière dans les premiers jours. La malade sembla guérie, lorsque subitement elle fut prise de péritonite aiguë qui l'emporta.

A l'autopsie, on trouva un énorme kyste de l'ovaire gauche, mobile en partie, à l'exception d'une place où il était fixé au canal crural droit et s'était comme étranglé formant hernie et déterminant une péritonite mortelle.

Plus la surdistension abdominale sera prononcée, plus le diagnostic sera difficile. Pour l'établir il faudra d'abord recourir au palper qui fera probablement reconnaître l'existence de deux tumeurs : l'une immobile et l'autre contractile. Ces deux tumeurs, utérus et kyste, seront en général appliquées l'une contre l'autre par une de leurs faces latérales. Le kyste se placera le plus souvent sur l'un des côtés de l'abdomen, repoussant l'utérus et lui faisant ainsi prendre une inclinaison latérale opposée. Si les parois abdominales ne sont pas trop tendues, on reconnaîtra leur ligne de séparation tantôt par un véritable sillon, tantôt par une dépression qui sépare la partie supérieure de chaque tumeur (obs. XI).

Quand le kyste est volumineux et placé devant l'utérus, il est plus difficile de reconnaître la grossesse. Après une ponction, on peut reconnaître alors l'utérus gravidé (Rémy).

En tout cas, il faut éviter de prendre une tumeur fibreuse ramollie, une grossesse extra-utérine, de l'hydramnios pour un kyste de l'ovaire. Grossesse, hydramnios et ascite sont-ils réunis, le diagnostic sera encore plus délicat. Il sera également bon de savoir éliminer une hydronéphrose unilatérale ou les kystes hydatiques de la rate et du foie.

OBSERVATION IV (résumée)

(In thèse Rémy, 1886)

(Fischel. — *Prag. med. Wochens.*, 1882 et *Centralbl.*

f. gyn., 1882, p. 255)

Femme de trente-deux ans. Huitième grossesse. Début de la grossesse sans malaise ; à la dixième semaine, tension de l'abdomen et dyspnée qui augmente au début du septième mois avec grande augmentation du ventre, douleur et grande faiblesse. Dès le début du neuvième mois, œdème des membres inférieurs, douleurs stomacales et nausées. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 117 cm. 5.

Au palper, on sent deux grosses tumeurs dans l'abdomen, situées de manière que leurs extrémités supérieures divergent un peu ; la droite est reconnue pour être l'utérus gravide. Ascite peu considérable.

Au toucher, on reconnaît en arrière du col une portion de tumeur tendue plongeant dans le petit bassin et n'étant autre que la tumeur externe. On porte le diagnostic de kyste ovarique.

Le 3 janvier, la femme entre en travail, on ponctionne deux fois, mais en vain le kyste. Enfin dans une tentative de réduction de la tumeur celle-ci se rompt et l'accouchement a lieu.

Délivrance et puerpéralité normales. On doit faire l'ovariotomie après l'involution des organes génitaux.

OBSERVATION V (résumée)

(Spencer Wells (9°). — *Obstet. Trans.*, XIX, p. 191)

Il s'agit d'une malade âgée de vingt-sept ans qui se plaint de souffrances qui augmentent au fur et à mesure que la grossesse avance. On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, et on pratique l'ovariotomie au septième mois de la grossesse.

On enlève un kyste dermoïde volumineux de l'ovaire gauche, pesant 6 kilogrammes. Guérison.

Vingt-cinq jours après l'opération, la femme accouche prématurément d'un enfant qui vécut à peu près un jour.

OBSERVATION VI (résumée)

(Meredith. — Société d'Obstét. de Londres, 6 juillet 1892)

La malade est une multipare de trente-deux ans. Elle se plaint de phénomènes douloureux dans la région abdominale. On l'examine et on constate l'existence d'une tumeur kystique assez développée. À côté de la tumeur, on perçoit un utérus mou plus gros qu'un utérus à l'état de vacuité.

On intervient et on tombe sur un kyste multiloculaire, assez gros de l'ovaire gauche. L'ovaire droit est aussi le siège d'un kyste dermoïde. On pratique donc l'ovariotomie double.

La grossesse n'est pas troublée et la femme va à terme.

OBSERVATION VII (résumée)

(Publiée par Hurel, 1899)

Kyste de l'ovaire droit. — Ovariectomie au deuxième mois de la grossesse. — Accouchement à terme. — Occlusion intestinale. — Laparotomie par M. le professeur Fochier. — Mort trois heures après l'opération.

Emilie L..., trente-cinq ans, a eu deux grossesses normales.

Vers l'âge de vingt-neuf ans, elle s'aperçut d'une petite tumeur dans la fosse iliaque droite et consulta M. le Dr Rendu qui diagnostiqua kyste de l'ovaire droit. Elle ne se fit pas opérer et présenta deux nouvelles grossesses, la dernière plus pénible que les autres.

Fin avril 1905, cinquième grossesse. Le kyste est gros comme une tête d'enfant, déterminant des douleurs lombaires, une forte dyspnée, et de l'œdème dans les membres inférieurs. La malade accepte l'intervention. Elle est opérée par M. Rendu à la fin du deuxième mois de la gestation (29 juin 1893), qui, du reste, suivit normalement son cours.

Après son entrée à l'hôpital (6 février), elle fut prise de vives douleurs dans le flanc droit avec vomissements bilieux. Le 9 février, début du travail qui fut régulier, et la malade accoucha d'un garçon vivant.

Le soir de son accouchement, elle fut prise de vomissements qui devinrent fécaloïdes et persistèrent jusqu'au 11 février. Le 12, la femme n'ayant eu aucune selle, M. Fochier, en présence de cette occlusion intestinale, résolut de l'opérer.

Laparotomie. — On trouva des anses intestinales adhérentes que l'on détacha. Dans le voisinage du cæcum existait un rétrécissement intestinal déterminé par une bride. Cette bride s'étendait du pédicule de l'ancien kyste à la paroi abdominale antérieure et passait en écharpe sur l'intestin grêle.

La malade, dont l'état s'aggrava après l'opération, mourut à 3 heures du soir.

OBSERVATION VIII (résumée)

Condamin. — « Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il intervenir. » *Lyon médical*, 28 janvier 1894)

Kyste de l'ovaire droit. — Cinquième grossesse. — Ovariectomie
Continuation de la grossesse

J. B..., trente-trois ans, de santé précaire, a eu trois grossesses normales. Dernier accouchement il y a six ans. Après

sa première couche, elle dut garder le lit pendant six mois pour des accidents de pelvi-péritonite. A sa dernière couche, elle eut des accidents semblables, mais plus légers.

Depuis trois ans, son ventre augmente de volume. Elle se plaint de malaises multiples (engourdissements des membres inférieurs, gêne de la miction, douleurs abdominales ou lombaires).

Depuis cinq mois, elle n'a pas eu ses règles et présente les troubles de la grossesse. Depuis trois mois, son abdomen a pris un accroissement rapide, elle se fatigue beaucoup plus vite et présente des accidents de dyspnée.

On trouve dans l'abdomen une grosse masse arrondie, rénitente, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal on perçoit le ballottement fœtal.

En raison des accès de dyspnée, M. le professeur Laroyenne propose l'ovariotomie.

9 août 1893. — Ovariectomie sans incidents. Le pédicule est assez mince et long. Il existe cependant deux ou trois adhérences épiploïques.

Le kyste naissait sur l'ovaire droit et renfermait un liquide verdâtre, foncé, très visqueux.

Après l'ablation de la tumeur, on constate un utérus qui remonte à l'ombilic et de couleur violacée.

Les suites opératoires furent simples. Pas de menace d'avortement.

OBSERVATION IX (résumée)

(A. Martin — Société de Gynéc. et d'Obstétr. de Berlin, séance du 13 décembre 1889)

Utérus gravide enlevé par la laparotomie à cause d'une tumeur

La malade avait déjà subi une laparotomie un an auparavant.

Une nouvelle tumeur de la grosseur du poing se développa

bientôt. En six semaines, elle devint du volume d'un utérus gravide de sept mois. La grossesse cependant était probable. La tumeur siégeait à gauche et était en connexion étroite avec l'utérus.

On fait la laparotomie : énucléation du kyste inclus dans le ligament large.

La conservation de la grossesse semble impossible. Ablation de l'utérus. Guérison simple. A la coupe, on constate un hématome rétro-placentaire. La grossesse datait de quatre mois.

OBSERVATION X (résumée)

(Dagincourt. — *Clin. française*, janvier 1896. Résumée in *Rev. obs. Int.*, 1^{er} mars 1896)

Kyste dermoïde et grossesse

M^{me} X..., trente-six ans, mariée à vingt-trois ans, eut en trois ans deux grossesses normales. Trois mois après le dernier accouchement, elle ressentit des douleurs dans le côté droit du ventre et s'aperçut d'une tumeur grosse comme une orange qui pendant sept ans resta stationnaire. Puis troisième grossesse suivie d'un accouchement laborieux. On diagnostique alors un kyste ovarique qui continue à se développer pendant deux ans (l'opération ayant été refusée).

Fin de septembre 1894, quatrième grossesse. Dès lors l'état général devint mauvais, mais le kyste parut rester stationnaire. A partir du cinquième mois, la malade condamnée au repos absolu ressentit de vives douleurs dans l'abdomen et commença à dépérir.

Le 21 juin 1895, époque de l'accouchement, la parturiente avait d'atroces douleurs, un ventre énorme, de l'œdème des membres inférieurs.

L'accouchement fut laborieux, mais se termina naturellement (enfant vivant).

Le kyste se développa alors rapidement ; le 6 septembre la malade était aussi grosse qu'avant son accouchement. État général très mauvais.

La malade, à cause des vomissements incoercibles, ne pouvait plus se nourrir et souffrait horriblement. Opération le 8 septembre, suivie d'excellent résultat.

OBSERVATION XI (résumée)

(Audebert.—Comptes rendus de la Soc. obst. Gynéc. Péd., 1904)

Ovariectomie au huitième mois de la grossesse. — Guérison de la mère. — Accouchement prématuré. — Enfant vivant

M^{me} X..., trente-sept ans, V-pare, eut quatre grossesses normales. En février 1903, elle s'aperçut de l'apparition d'une tumeur mobile, indolore, du volume d'une noix, logée dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur paraissait jusque-là stationnaire.

Dernières règles du 10 au 13 juillet. Fin août apparaissent quelques vomissements. La tumeur augmente rapidement de volume. A partir du sixième mois de la grossesse, violentes douleurs abdominales avec pollakiurie, constipation opiniâtre et amaigrissement rapide.

On fait alors le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche compliquant une grossesse de sept mois environ. L'abdomen est étalé, on voit parfois, au moment des contractions indolores, un sillon très net séparant les deux tumeurs, celle de droite est l'utérus, celle de gauche est le kyste.

On délimite à droite un utérus gravide contenant un fœtus situé en D T avec tête en bas et non engagée. Les bruits du cœur sont un peu sourds mais réguliers.

A gauche, on trouve une deuxième tumeur plus volumineuse, délimitable, assez mobile, qui n'adhère ni à l'utérus, ni à la paroi abdominale. Cette tumeur, incluse dans l'abdomen, déjette l'utérus du côté droit.

La femme ressent des élancements très pénibles causés par des phénomènes de surdistension de l'abdomen. Pas d'ascite.

Il s'agit là d'un kyste probablement mucoïde, panciloculaire de l'ovaire gauche.

L'état général était bon et grâce au repos, les douleurs abdominales s'étaient amendées, mais cependant utérus et kyste continuaient à augmenter de volume.

A partir du 12 mars, l'état général s'aggrave. Les phénomènes de surdistension deviennent de plus en plus pénibles, la quantité des urines diminue, celles-ci deviennent louches. Bientôt la femme présente le facies ovarien typique. Le 18 mars, le kyste mesure 40 cm. $\times$ 33 cm., l'utérus 35 cm. $\times$ 34 cm.; l'abdomen arrive à la limite de la surdistension.

Intervention le 24 mars. — L'incision abdominale est latéralisée le plus possible vers la gauche afin de ménager l'utérus gravide. On arrive sur le kyste qui remplit toute la région abdominale inférieure gauche, on le ponctionne, il s'écoule alors une petite quantité d'un liquide épais, couleur chocolat, et strié de sang. Le kyste est extirpé assez facilement malgré quelques adhérences intestinales.

Pendant ces manœuvres, l'ouverture pratiquée au trocart s'agrandit et la poche se vide (plus de 3 litres de liquide).

Le lendemain de l'opération, la femme accouche d'une fille vivante pesant 2.500 grammes.

OBSERVATION XII (résumée)

(G. Renon, chirurgien de l'hôpital de Niort. — *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, 1906)

Kyste de l'ovaire et grossesse. — Ovariectomie. — Accouchement à terme

En novembre 1905, le Dr Nicollas m'adresse une malade âgée de vingt-quatre ans, M^{me} R..., chez laquelle il a diagnostiqué grossesse et kyste de l'ovaire. Cette malade l'avait fait appeler pour des douleurs apparues dans le ventre. Très vigoureuse et ayant déjà eu un enfant, elle est actuellement enceinte de trois mois. A l'examen, on constate nettement le globe utérin qui fait saillie au-dessus de la symphyse et au-dessus de lui, une tumeur arrondie, lisse, fluctuante, remontant presque jusque sous les fausses côtes et mobile.

Opération le 20 novembre. — Laparotomie sous-ombilicale assez haute en plan horizontal. On voit l'utérus gravide et au-dessus de lui la paroi bleuâtre d'un kyste ovarien. Celui-ci est ponctionné, et la poche est facilement extraite. Il s'agit d'un kyste gauche.

Suites normales. Vingt jours après l'opération la malade sort guérie. La grossesse a continué sans accidents.

OBSERVATION XV (résumée)

(G. Renon, chirurgien de l'hôpital de Niort. — *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, 1906)

Kyste de l'ovaire et grossesse. — Ovariectomie. — Accouchement à terme

Il s'agit d'une femme de vingt ans, enceinte de deux mois et demi.

Apparition de douleurs qui lui font demander le médecin.

A côté de l'utérus gravide, on constate dans le flanc gauche une tumeur arrondie, lisse, fluctuante, mobile, grosse comme une petite tête.

Opération le 11 décembre 1905. — Laparotomie sous-ombilicale en plan horizontal. Le kyste refoulé est ponctionné.

Suites opératoires nulles ; la grossesse n'a pas été troublée. La malade se lève au vingtième jour et sort quelque temps après.

CHAPITRE II

De la torsion du pédicule des kystes ovariens

Nous définirons avec Bouilly la torsion du kyste : « un accident caractérisé par la rotation de la tumeur autour de son pédicule », accident très grave que l'état de grossesse rend plus dangereux et que vient encore compliquer le degré élevé de la torsion, torsion assez fréquente d'après Terrillon. Sur 18 cas, Rémy l'a constaté 11 fois chez des femmes enceintes et 7 fois en dehors de la grossesse. De plus, il n'est pas certain qu'aucune torsion n'ait échappé à l'attention du médecin. Spencer Wells prétend en effet que parfois cet accident passe inaperçu.

Nombreuses sont les causes qui feront tordre le pédicule kystique.

Sans doute la torsion peut s'effectuer quelle que soit la grosseur du kyste. La brièveté du pédicule n'est pas un obstacle absolu à la rotation de la tumeur sur son axe, ainsi que le prouve l'observation résumée de Rémy.

OBSERVATION XIV

(Engstrom. — *Journal Finska lek-sällsk. hand. Helsingfors*, 1855, p. 89)

M^{me} J..., multipare, de nouveau enceinte, présente dans l'abdomen une tumeur ovale, arrondie, mobile, pseudo-fluctuante du volume d'une tête d'enfant située en grande partie du côté droit.

Le 2 décembre 1884, on lui fait l'ovariotomie précédée d'une ponction avec le gros trocart. Le contenu du kyste est jaune clair et n'est pas épais ; la tumeur est un kystome multiloculaire proliférant de l'ovaire droit.

Beaucoup de ruptures de vaisseaux sur les parois du kyste.

Le pédicule large est *très court, tourné sur son axe* avec de nombreux vaisseaux élargis dans un rapport immédiat avec un plexus composé de la même façon logé dans le ligament large droit. La ligature a dû être faite tout près de l'utérus ; après quoi le moignon fut abandonné.

La guérison se fit sans encombre. On enleva les sutures le 9 décembre. Le 15 décembre l'opérée se leva et depuis a été toujours bien portante. Pas de symptômes de commencement de travail d'accouchement.

Ajoutons que tout kyste, même ceux qui sont inclus dans le ligament large ne sont pas à l'abri de la torsion. Lawson Tait d'ailleurs en cite plusieurs cas (1).

Il existe cependant des conditions prédisposantes à ce redoutable accident. Forgue pense que l'ascite,

1. Thèse Baron, 1898.

la longueur et la gracilité du pédicule, le poids de la tumeur favorisent cette torsion.

La grossesse provoque l'accroissement du kyste. D'autre part, l'utérus gravide en repoussant le kyste tend à allonger son pédicule, à le rendre par suite plus mobile et par conséquent à favoriser ses déplacements et sa rotation.

Plus le pédicule sera long et grêle, plus aussi la torsion s'effectuera facilement et comme l'a fait remarquer M. le professeur Pozzi, plus le kyste sera lourd, plus aussi cet accident tendra à se produire ; les kystes dermoïdes, en raison même de leur grand poids, seront les premiers à se tordre. Cependant, il est loin d'en être toujours ainsi, car on observe souvent la torsion avec des tumeurs que leurs caractères anatomiques paraissent peu susceptibles de favoriser.

On pourrait aussi admettre, dit Terrillon, qu'une des causes principales de la torsion consiste dans le déplacement d'une tumeur encore peu volumineuse d'un côté à l'autre de l'abdomen, déplacement indiqué par les malades et bien décrit dans l'observation XVI.

On comprend facilement qu'une petite tumeur pourvue d'un long et mince pédicule est plus mobile dans le ventre qu'une tumeur plus volumineuse et c'est là en réalité ce qui se passe pour le kyste dermoïde.

A côté de kystes tordus peu volumineux, il n'est pas rare de trouver aussi des kystes de moyen et même de grand volume renfermant plusieurs litres

de liquide. Dans nombre d'observations, il s'agit en effet de tumeurs plutôt sous-ombilicales contenant 3 litres (obs. XXI), 4 litres (obs. XIX) et même 9 pintes (obs. XVI). De là, il est juste de conclure qu'un kyste peut parfois se tordre en dehors des conditions qui favorisent sa mobilité.

On ne peut nier quelle importance il faut attacher au mouvement ascensionnel de l'utérus gravide dans la production de la torsion pédiculaire. L'orientation que prend cet organe au cours de la gestation est encore de nature à favoriser cette rotation. L'utérus se tord alors sur lui-même portant son bord latéral gauche sur la ligne médiane et son bord latéral droit en arrière. Grâce à cette nouvelle situation, les kystes se trouvant plus libres dans la cavité abdominale seront plus mobiles et par suite se tordront plus facilement. Finaz, du reste, a bien étudié dans sa thèse l'action de l'utérus gravide sur la torsion du pédicule, et il appuie son étude sur les intéressantes recherches tant expérimentales que cliniques auxquelles s'est livré Klob comparant l'utérus en état de gestation à une vessie pleine de liquide et qui déterminerait la rotation d'une poche membraneuse fixée préalablement à l'ovaire d'un cadavre.

Thornton enfin n'a-t-il pas mis en relief la fréquence de la torsion chez les multipares, fréquence favorisée par le relâchement de la sangle abdominale? Cathelin, sur 32 observations de torsion de kystes ovariques, rapporte 22 cas de torsion au cours de la grossesse, dont 13 cas chez des multipares.

Dans nos 21 observations où la torsion a eu lieu pendant la grossesse, elle se produisit 11 fois chez des multipares. Deux femmes en étaient à leur première grossesse au moment de la torsion ; d'autres observations manquent de détails à ce sujet.

Bien d'autres causes viennent encore favoriser l'apparition de la torsion, en particulier les traumatismes (choc, coup, exploration médicale). Les changements de position ou d'attitude de la femme, surtout s'ils sont brusques et précipités, ne sont pas un facteur inappréciable de la torsion pédiculaire (témoin l'obs. XXVIII) et l'on a justement incriminé la ponction dont le rôle est parfois indéniable ainsi que le montre l'observation suivante de Rémy :

OBSERVATION XV

(Thornton. — *Transact. of the pathol. Society of London*,
1876, p. 212)

Grand kyste multiloculaire de l'ovaire droit, à droite et devant l'utérus. Secondipare. A quatre-cinq mois ponction ; sept jours après, *torsion du pédicule (3 tours)*. Gangrène. Douleurs violentes après s'être retournée dans son lit.

Ovariectomie. Morte seize heures après.

Fränkel attribue encore la torsion à l'immobilisation par une bride adhérente d'une portion du kyste, les autres parties de la tumeur restant libres peuvent se déplacer dans l'abdomen. Cette cause est bien difficile à vérifier, car les adhérences que l'on

trouve au moment de l'opération sont souvent consécutives à la torsion.

Ce qui précède montre que la tumeur tend avant tout à s'accommoder au milieu où elle se développe. C'est là ce qui explique la facilité avec laquelle elle fait place aux organes qui l'entourent. Cette accommodation ou plutôt cette torsion du kyste se rencontre à toutes les périodes de la grossesse, elle serait cependant plus fréquente du deuxième au quatrième mois pour devenir plus rare jusqu'à la fin de la grossesse. Ce fait signalé par le professeur Pinard se trouve en effet, réalisé dans la série de nos observations.

Cette fréquence de la rotation du kyste dans la première moitié de la grossesse est due à l'évolution de l'utérus gravide qui, à ce moment, déborde la symphyse, soulève le kyste, lui permettant ainsi d'être plus mobile dans la cavité abdominale. A partir du quatrième mois, au contraire, l'utérus continuant à se développer, tend à maintenir la tumeur dans une situation plus stable et par suite à l'immobiliser davantage.

Quant au côté de l'abdomen où la torsion est la plus fréquente, les opinions sont partagées. Cependant, pour les professeurs Pinard, Terrier et Segond, il semble que ce sont surtout les kystes ovariens droits qui se tordent le plus souvent au cours de la grossesse.

D'après les faits, en dehors de 4 cas, absolument dépourvus de détails, 13 fois sur 21 la torsion eut

lieu sur des kystes siégeant à droite de l'utérus.

Enfin, en ce qui concerne la direction de la torsion, les avis diffèrent.

Ceux qui s'en sont particulièrement occupés (Spencer Wells, Rokitansky, Lawson Tait) ont eu surtout en vue les kystes à l'état de vacuité, le sens de cette torsion au cours de la grossesse est rarement indiqué. Sur nos 21 cas, 2 fois la rotation s'est effectuée de droite à gauche pour des kystes gauches et 1 fois dans le même sens pour un kyste droit.

La direction inverse de cette torsion s'est produite dans deux autres cas, où dans l'un s'il s'agissait d'un kyste droit et dans l'autre d'un kyste gauche.

Le nombre de tours décrits par le pédicule kystique est très variable. *Le plus souvent on note deux ou trois tours de spire* (obs. XV, XIX, etc.).

A signaler que l'intensité des accidents dépend non seulement du nombre de tours, mais encore de la longueur de pédicule, car plus celui-ci sera court et large, plus aussi la striction sera considérable et dangereuse même avec un tour et demi, tel est le cas publié par Baron et résumé ici :

OBSERVATION XVI (Bouilly)

Kyste de l'ovaire droit. — Grossesse de trois mois. — Torsion du pédicule. — Laparotomie. — Guérison. — Accouchement à terme.

Une femme de vingt-trois ans, enceinte de trois mois n'a eu

encore aucun accident de grossesse. Le 12 janvier, elle est prise de douleurs et de vomissements incessants. Il semble qu'il s'agit d'une péritonite. Mais, connaissant déjà l'existence d'un kyste de l'ovaire, Bouilly, consulté, diagnostique torsion du pédicule.

On conclut à une intervention rapide et ce qui frappe c'est le déplacement du kyste qui est venu se placer sur la ligne médiane alors que quelques mois auparavant, il se trouvait dans la fosse iliaque droite. En outre ce kyste paraît notablement augmenté de volume, plus tendu qu'au moment du premier examen.

Opération le 13 janvier. — L'abdomen ouvert, on découvre sur la ligne médiane un kyste avec parois noirâtres, couleur lie de vin, infiltrées de sang, friables et adhérentes dans toute leur périphérie à la paroi abdominale, l'épiploon et aux anses intestinales. A la simple vue, le diagnostic de torsion du pédicule se trouve confirmé.

La ponction donne issue à $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide tout à fait sanguinolent.

Après avoir attiré le kyste à l'extérieur, on constate que le pédicule a subi *un tour et demi de torsion de droite à gauche*. On le détord, puis on le suture à la soie et on le sectionne au thermocautère. Avant de refermer la paroi, on se rend compte que la région du bassin est rouge et congestionnée, que l'utérus est développé comme à trois mois et qu'il est situé derrière le kyste, un peu incliné à droite.

Les suites opératoires ont été bénignes. La grossesse a continué à évoluer normalement et s'est terminée en juin 1893.

Il est assez difficile de donner une classification des diverses sortes de torsions que l'on peut rencontrer. Plusieurs ont été émises, c'est ainsi qu'on a édifié une première classification en s'appuyant sur le laps de temps que demande l'apparition de la torsion. Il est reconnu en effet que dans certains cas,

elle se produit lentement alors qu'ailleurs elle éclatera avec une surprenante brusquerie.

Au Congrès de Chirurgie de 1892, Boursier fit remarquer que le degré d'étranglement était surtout à considérer. Cet étranglement, lorsqu'il est complet, supprime toute circulation. Est-il incomplet, il ne fera que la gêner.

Dans le premier cas, les accidents seront graves par leur intensité, leur rapidité. L'observation qui suit le prouve clairement :

OBSERVATION XVII (résumée) (*in* thèse Cocard, 1896)

(Delagenière. — *Archives provinciales de Chirurgie*, nov. 1894)

Kyste de l'ovaire droit. — Grossesse de trois mois.

Continuation de la grossesse

Femme de trente-trois ans, enceinte de trois mois, est prise tout à coup d'accidents péritonéaux. Ces accidents disparaissent et on découvre l'existence d'une tumeur abdominale, occupant le flanc gauche, fluctuante. Le 14 janvier 1892 laparotomie, ablation d'un kyste de l'ovaire droit dont le pédicule est *complètement tordu* sur lui-même. Ce kyste est adhérent sur toute sa surface ; mais ces adhérences sont molles et friables. La malade se rétablit rapidement ; la grossesse suit son cours et l'accouchement se fait normalement le 3 juillet 1892.

Bien moins graves seront les manifestations de la torsion qui engendrera un étranglement incomplet. Ici même, peu ou pas de phénomènes généraux. Tous les symptômes consistent en quelques douleurs fugi-

tives et passagères, douleurs faisant parfois complètement défaut (obs. XXIV).

Il serait erroné de baser sur ces symptômes une division certaine, les accidents pouvant éclater avec une soudaineté imprévue dans les formes lentes elles-mêmes. Voici ce qui se passe à l'ordinaire, que la femme soit enceinte ou non.

La malade, jusque-là relativement bien portante, est prise tout à coup dans telle ou telle position, à quelque moment que ce soit, d'une douleur si vive qu'elle se termine parfois par une syncope. Cet accès subit, la femme le décrit parfaitement en le comparant à une sensation de déplacement dans le bas ventre, de coup de poignard, à des sortes de déchirements internes qui meurtrissent les lombes et s'irradient à la région inguinale, dans le rachis et les cuisses. Il est vrai de dire que souvent la malade a ressenti déjà des douleurs variables relevant de la compression exercée par le kyste sur les nerfs voisins (obs. XXVIII).

Le péritoine réagit sans retard. Des vomissements d'abord alimentaires ou bilieux, très rarement fécaloïdes, une dyspnée fréquente, un pouls rapide, petit et filiforme (100 à 130 pulsations), une constipation opiniâtre avec rétention de gaz nous l'indiquent aussitôt. Le météorisme est plus ou moins accusé, mais chose assez curieuse, la température n'est ordinairement que peu ou pas élevée. Le facies grippé de l'inflammation péritonéale s'ajoute à cet ensemble symptomatologique. Telle est la

forme habituelle d'étranglement par torsion, mais souvent cette crise est moins grave.

Parfois le tableau est encore assombri par la présence de nombreuses complications et si la malade ne meurt pas de péritonite généralisée ou d'hémorragie interne, elle peut quelquefois succomber, soit à une embolie pulmonaire ayant son point de départ dans les veines du pédicule tordu, soit plus tard à une occlusion intestinale provenant d'adhérentes récemment formées.

Quant aux signes physiques, c'est la proéminence de l'abdomen en tel ou tel point, résultant de la présence de la tumeur qui parfois vient se dessiner sur la paroi et donne lieu à une série d'ondulations, à un choc isochrone au pouls (thèse de Moulis, 1890) ; mais ces symptômes ne sont pas absolument pathognomoniques de la torsion puisqu'on les a remarqués dans certains kystes sans torsion du pédicule (Pozzi, p. 821. *Trait. gynéc.*, 3^e édition).

Dans bien d'autres circonstances, aucun signe extérieur ne révèle à la simple inspection la présence dans l'abdomen d'une tumeur kystique.

Malgré un certain degré d'hyperesthésie cutanée, rendant l'examen plus difficile, on reconnaîtra souvent au palper, combiné au toucher, deux tumeurs : l'une médiane ou déjetée latéralement si le kyste est volumineux, ordinairement contractile et dont les proportions sont en rapport avec l'âge présumé de la grossesse, c'est l'utérus ; l'autre surtout latérale régulière ou non, dépourvue de contractions, celle-ci

n'est autre que le kyste qui est indépendant de la matrice ; elle est plus ou moins mobile et presque toujours douloureuse.

Que donne l'auscultation ? Bien souvent, elle est négative. Mouls déclare cependant que l'on peut percevoir au niveau du pédicule un souffle systolique qui pourrait en imposer pour des battements fœtaux.

Les troubles de la circulation ne sont pas les mêmes, suivant que la torsion est complète ou non. Le cours du sang est-il entièrement arrêté dans les artères et les veines, la paroi du kyste ne peut plus se nourrir, le sphacèle se déclare, accompagné de péritonite subaiguë, il se fait alors une notable ascension de la température (40 à 41 degrés).

Pouls à 130 ou 140, ventre sonore et ballonné, par-dessus tout douloureux, vomissements incessants, voilà les premiers symptômes de la torsion complète.

Météorisme, douleur, peuvent s'amender ou disparaître et faire croire à une amélioration. Ces accalmies sont parfois trompeuses, traîtresses, suivant le mot de M. le professeur Pinard. Ce bien-être, dont jouit passagèrement la malade, n'est pas un indice de guérison certaine. Telle femme éprouve un mieux sensible, entrevoit une future tranquillité que cependant l'avenir viendra lui refuser. Cette fausse quiétude qui a fait bien des fois oublier l'existence cachée des accidents menaçants est assez souvent de courte durée. Combien de chirurgiens, se méprenant sur la nature de cette pseudo-tendance

à la guérison, ont été ensuite déçus en assistant à la mort rapide de malades dont les phénomènes d'accalmie semblaient annoncer le retour à la santé. Les malades, dans la plupart de ces cas, succombent soit à une péritonite généralisée due au sphacèle du kyste souvent rompu, soit à une hémorragie interne.

La circulation veineuse est-elle seule suspendue, le sang continue à arriver par les artères, il se produit alors une hémorragie intra-kystique ou intrapéritonéale avec infiltration des parois du kyste donnant lieu à un ensemble de symptômes graves réclamant une opération urgente (obs. XVI, XIX). La femme en ce cas présente tous les signes apparents de l'hémorragie interne et si par hasard elle ne succombe pas, elle est du moins profondément anémiée. Ajoutons que c'est surtout dans les ruptures de kyste se produisant dans le péritoine que l'hémorragie interne est la plus violente.

Existe-t-il une simple gêne de la circulation veineuse, l'étranglement est incomplet. Quelques jours de repos suffiront probablement à faire disparaître les grandes douleurs, il ne persistera qu'une douleur sourde qu'une deuxième crise pourra réveiller. Les crises se succéderont et finiront par aboutir avec le temps à un étranglement pédiculaire complet. Une observation de Kœberlé en fait foi, la voici :

OBSERVATION XVIII (résumée).

(M. Kœberlé).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Accidents graves déterminés par la torsion du pédicule. — Adhérences abdominales et pelviennes. — Guérison.

M^{me} D..., vingt-trois ans, au deuxième mois d'une première grossesse, sentit des douleurs très vives, irradiantes, dans les aînes avec coliques et vomissements. Le tout fut suivi d'une accalmie complète. Au quatrième mois, il se déclara une nouvelle crise qui dura une journée. Le reste de la grossesse fut normal. Après les couches, dont les suites furent simples, le ventre resta gros et sensible dans les parties inférieures. Cinq mois après, nouvelle crise de douleurs au bas ventre, continues pendant trois jours. Les douleurs furent alors attribuées à une irritation péritonéale.

✓ Au 1^{er} janvier 1876, accès de nouvelles douleurs, d'une durée de six jours, localisées surtout à droite, irradiées du même côté aux cuisses et aux reins. Pas d'élévation de température, de même que dans les crises précédentes. Dès lors les douleurs restèrent localisées à droite.

On reconnaît l'existence d'un kyste de l'ovaire.

En août, nouvelle crise de douleurs très fortes pendant huit jours. Enfin, vers la fin de novembre, à la suite d'un brusque mouvement de rotation du corps, crise instantanée très violente qui se prolonge pendant vingt jours et qui fut encore accompagnée de vomissements, de crampes, de coliques, de sensibilité extrême du ventre, de tympanité. Peu après chaque crise, le volume de la tumeur diminuait. La malade n'a pas maigri. Elle paraît bien portante.

La tumeur est constituée par un kyste ovarique de 19 à 20 centimètres de haut, irrégulièrement arrondie, située surtout à gauche. Elle dépasse l'ombilic de quatre travers de doigt, paraît mobile, dépourvue d'adhérences et fluctuante.

Depuis quatre mois, aucune crise n'est survenue. Deux ou trois jours avant l'opération le côté droit est redevenu sensible. Le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche est porté, kyste probablement dermoïde et à pédicule tordu. Ovariectomie le 10 avril 1877. On découvrit le kyste *tordu* qui adhérait à la paroi abdominale. Une ponction donna issue à 1 litre de liquide grisâtre, *hémorragique*, mêlé à des cheveux, ce qui confirmait le diagnostic.

L'ovaire gauche était sain. Il ne survint aucun accident consécutif.

On peut relever dans une autre observation des phénomènes à peu près analogues survenus depuis quelques années chez une femme atteinte de kyste ovarique et qui ne fut opérée que trois ans après la dernière crise.

A noter qu'à la suite de ces poussées successives de péritonisme, la tumeur ayant contracté de nombreuses adhérences avec les parties adjacentes était devenue en partie immobile.

Les choses ne se passent pas toujours de la sorte et la chronicité n'est pas exceptionnelle.

A côté de la forme brusque, il existe une forme lente, insidieuse et latente que n'accompagnent ni début solennel, ni symptômes violents. Une légère augmentation du ventre, quelques phénomènes modérés de réaction péritonéale.

Le diagnostic de la torsion pédiculaire ne manque pas de difficulté ; de nombreuses erreurs ont été commises à ce sujet. Ce diagnostic sera d'autant plus difficile que l'on sera mal renseigné sur l'exis-

tence du kyste, sur son début et ses antécédents. En voici un exemple :

OBSERVATION XIX (résumée).

(Baudron. — Société anatomique, 8 mai 1891.)

Kyste de l'ovaire gauche se manifestant subitement au troisième mois de la grossesse par les phénomènes de torsion de son pédicule et donnant lieu à plusieurs erreurs de diagnostic. — Laparotomie, ablation du kyste. — Avortement consécutif. — Mort par syncope.

M^{me} P..., vingt-huit ans, bien réglée, mariée à vingt ans, a eu deux grossesses normales dont la dernière il y a trois ans. Depuis cette dernière couche, la malade a ressenti quelquefois de légers élancements dans la région ovarique gauche. Vers le milieu de janvier dernier troisième grossesse.

Subitement, le 25 avril au soir, elle est prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche qui devient persistante. Elle consulte alors, et on constate un ballonnement du ventre, de la sensibilité très vive à la pression surtout à gauche avec sensation de rénitence de ce côté. Les douleurs spontanées deviennent de plus en plus vives.

Plusieurs médecins appelés successivement diagnostiquent, l'un un phlegmon péri-utérin, un autre une hématoécèle rétro-utérine, un troisième de l'hydramnios. M. le professeur Pozzi émet l'idée d'une grossesse ectopique développée dans une corne utérine rudimentaire. Si la fausse couche, qui paraît imminente, ne se produit pas, il se prononce franchement pour la laparotomie.

Celle-ci est pratiquée le 6 mai.

A l'ouverture du ventre, on trouve au-dessus de l'utérus gravidé de trois mois environ, une masse noirâtre, de la couleur

d'un étranglement intestinal, très adhérente à l'utérus et à l'épiploon et fluctuante. Une première ponction donne issue à 4 litres de sang noirâtre, un peu fétide ; une deuxième ponction évacue 2 litres de liquide semblable.

Une fois vidée la tumeur libérée de ses adhérences est attirée au dehors. On constate alors qu'il s'agit d'un grand kyste de l'ovaire gauche à parois sphacélées et pourvu *d'un gros pédicule tordu trois fois sur lui-même de droite à gauche.*

Le lendemain à 5 heures la malade avorta d'un fœtus d'environ trois mois et demi et à 8 h. 1/2 du soir elle fut prise de syncope et succomba.

En admettant maintenant qu'il ait été donné de contrôler la présence du kyste, que celui-ci ait paru jusque-là mobile, peu douloureux ; son accroissement subit, son immobilité rapide, un pouls précipité, un facies péritonéal particulier aideront à diagnostiquer un étranglement par torsion.

La confusion peut se faire avec la rupture dont le début sera pourtant moins bruyant. En tout cas, si le kyste se rompt, le ventre s'aplatit ; s'il se tord, l'abdomen devient plus gros et la tumeur se tend davantage (obs. XVI).

La distinction est d'ailleurs peu importante, puisqu'il faut toujours faire la laparotomie.

On a pu prendre une torsion pédiculaire pour un étranglement herniaire soit inguinal, soit crural. « Lawson Tait, dit Finaz, n'a-t-il pas commis cette erreur, un jour qu'il fut appelé auprès d'une malade qui présentait une hernie crurale avec douleur dans la région, vomissements, etc. ; il diagnostiqua un étranglement herniaire et opéra en conséquence.

Cinq jours après, la malade mourait et son autopsie révélait l'existence d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

L'opération seule est donc parfois capable de trancher la question.

Un kyste intra-ligamenteux, un étranglement du kyste par une bride fibreuse, un hydro-salpinx tordu, ou un pyo-salpinx (obs. XXXI) pourront faire croire à l'existence de la torsion, si le médecin ou le chirurgien ne se mettent en garde contre la possibilité de telles confusions. Cependant, en cas de salpingite purulente, le passé génital de la femme, l'évolution un peu différente de l'affection, les rapports de la tumeur avec l'utérus pourront aider à faire le diagnostic.

Ce diagnostic différentiel n'a du reste qu'un intérêt théorique, puisqu'en pareils cas le traitement est le même, c'est la laparotomie.

Baudron a rapporté à la Société anatomique (8 mai 1891) une observation de torsion pédiculaire pendant la grossesse. La laparotomie mit en évidence un kyste tordu qui avait fait croire successivement à un phlegmon péri-utérin, à une hématoécèle rétro-utérine, à une hydramnios et enfin à une grossesse ectopique. C'est dire que la différenciation n'est pas sans difficulté.

Les principales affections qui simulent quelquefois un kyste à pédicule tordu, telles l'occlusion intestinale, l'hydronéphrose, les tumeurs du foie ou de la rate ne seront pas confondues avec lui,

Cependant il est bon d'insister sur le diagnostic souvent hésitant entre la torsion d'un kyste et la torsion d'un fibrome. La paroi abdominale, surtout si la femme souffre, ne permettra pas toujours d'apprécier très exactement la consistance spéciale de la tumeur et ses rapports intimes avec l'utérus. Du reste, plus d'un fibrome peut être fluctuant comme un kyste de l'ovaire. Mais c'est surtout chez les *primipares âgées*, c'est-à-dire n'ayant été fécondées que tardivement ou s'étant soustraites pendant longtemps à la fécondation (Pinard) qu'on observe les fibromes au cours de la grossesse ; c'est là, suivant l'heureuse expression de M. Pinard, *la revanche de l'espèce sur l'individu* (*Annales de Gynéc. et d'Obstét.*, 1905). De plus, si la tumeur change de consistance, se durcit au moment où l'utérus se contracte, il faut penser avant tout au fibrome. C'est d'ailleurs ce signe qui, dans un cas, avait fait incliner M. Lepage vers le diagnostic de fibrome, sans toutefois l'amener à une affirmation nette. Les analogies entre ces deux affections sont parfois complètes, et le diagnostic reste le plus souvent douteux. Il suffit de se rappeler que MM. Ribemont-Dessaignes et Grosse dans un cas, MM. Lepage et Mouchotte dans un autre, n'ont pu faire qu'un diagnostic de probabilité. Ce diagnostic, très intéressant au point de vue théorique, ne présente pas en pratique la même importance, puisque dans ces deux affections la conduite à tenir sera toujours la même. Ce qu'il importe avant tout

d'établir, c'est le diagnostic opératoire. Qu'il s'agisse d'un fibrome ou d'un kyste tordu, on fera le plus tôt possible la laparotomie.

Enfin les signes classiques de l'appendicite, l'évolution de la maladie, révéleront la présence de cette affection. Cependant une crise de torsion kystique accompagnée de phénomènes suraigus, d'empatement douloureux dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, d'élévation de température avec pouls à 120, de constipation et d'une douleur violente au point de Mac Burney, a pu induire en erreur des chirurgiens éminents et leur faire croire à une appendicite. En voici la preuve :

OBSERVATION XX (résumée).

(Bouilly. — *In La Gynécologie*, décembre 1866.)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu

M^{me} S..., vingt-deux ans. Mariée depuis quatre ans. Fausse couche quelques mois après son mariage ; grossesse à terme il y a deux ans et demi ; grossesse au sixième mois quand survinrent les derniers accidents. Un peu d'albumine.

Le 18 septembre dernier, sans cause appréciable, douleur très violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, phénomènes de péritonite, gros empatement diffus, douloureux, qu'on sent bien dans la fosse iliaque droite.

Au troisième jour de ces accidents, fausse couche d'un fœtus d'environ six mois. Fièvre et douleur pendant une quinzaine de jours. On pense à une crise aiguë d'appendicite causant l'avortement.

Chute des accidents, repos absolu en octobre et novembre, le côté droit reste douloureux et toujours induré.

Etat général assez mauvais. Le ventre ni douloureux, ni ballonné, est sensible à droite.

Au palper, violente douleur au point de Mac Burney ; un peu au-dessus de la ligne spino-ombilicale, on sent une induration profonde, dure, volumineuse, douloureuse à la pression.

On croit qu'il s'agit d'un appendice induré, augmenté de volume, contenant peut-être un corps étranger et entouré de fausses membranes et d'épaississement cellulaire de péri-appendicite.

Opération le 25 novembre. — Incision latérale sur l'induration, la débordant en haut et en bas. Le péritoine pariétal est rouge, épaissi, adhérent aux anses intestinales. Celles-ci décollées et écartées, on tombe sur un corps noirâtre, semblable à une truffe, appliqué contre la face interne de la fosse iliaque antéro-supérieure, et adhérent très solidement aux tissus voisins. On reconnaît qu'il s'agit d'un kyste ovarique.

La tumeur est pourvue d'un pédicule grêle, *tordu sur lui-même un grand nombre de fois et noir* comme le reste de la tumeur, et dont la lésion a donné lieu à tout le cortège péritonéal du début des accidents.

En outre, en un point de ce kyste adhère l'extrémité terminale de l'appendice, rouge et vascularisé à ce niveau, mais très sain dans tout le reste de son étendue.

Le kyste est enlevé.

Le pédicule grêle et friable a subi au moins deux tours de torsion dont il est difficile de reconnaître le sens.

Le kyste a le volume d'un gros œuf de pigeon ; ses parois sont noires et infiltrées de sang. A la coupe on constate qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. Douze jours après l'opération, la malade peut être considérée comme guérie.

En présence de tels faits, malgré la ressemblance de l'invasion et de la symptomatologie des deux affections, les antécédents de la malade, la présence

d'une tumeur plus ou moins volumineuse, la soudaineté et le plus grand tapage de tous les phénomènes, enfin l'absence de température le plus souvent, feraient pencher le diagnostic du côté de la torsion d'un kyste de l'ovaire ; et tandis que l'état général reste grave dans l'appendicite, l'orage annexiel se calme ordinairement tout au moins d'une façon momentanée. Peu importe du reste le diagnostic différentiel, car dans les deux cas la laparotomie est indiquée.

OBSERVATION XXI (résumée).

(Terrillon. — *Leçons de cliniques chirurgicales*, p. 218)

Kyste de l'ovaire avec pédicule tordu. — Grossesse de sept semaines. — Ovariectomie. — Avortement. — Guérison

M^{me} C..., trente ans, est atteinte d'un kyste de l'ovaire depuis cinq ans.

Cette femme a deux enfants : le premier a sept ans, le deuxième cinq ans et demi. Il y a trois ans, elle a eu deux poussées de péritonite. Ces accidents autorisent à penser qu'à cette époque est survenue une torsion du pédicule du kyste. En octobre 1877, on a un kyste du volume d'une tête d'adulte, fluctuant, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic, peu mobile. Le col de l'utérus est volumineux, ramolli. Aussi la malade n'ayant pas eu ses règles depuis sept semaines, on soupçonne une grossesse. Malgré la possibilité d'une telle complication, les deux poussées de péritonite survenues il y a trois ans et le peu de mobilité du kyste font penser à une torsion du pédicule...

L'opération est proposée et faite le 2 novembre 1887.

Incision de 10 centimètres. Kyste à surface violacée. Adhérences presque totales à l'intestin et à l'appendice iléo-cæcale. Ponction de la tumeur. Issue de 3 litres de liquide noirâtre. Pédicule court, tordu trois fois de gauche à droite...

Suites de l'opération bénignes. Le huitième jour, perte utérine abondante et quarante-huit heures après avortement d'un fœtus de sept semaines. Guérison rapide.

OBSERVATION XXII (résumée).

(Spencer Wells, traduc. Rodet, p. 401.)

Kyste de l'ovaire droit avec pédicule tordu. — Grossesse de quatre mois. — Avortement provoqué. — Péritonite. — Mort.

Le 26 juillet 1864, je voyais une dame de vingt-neuf ans, mère de trois enfants dont le plus jeune avait onze mois. Depuis quatre mois et demi ses règles avaient cessé. Douleurs à l'aîne droite. Le Dr Ballard m'informa de ce qu'il avait constaté : Tumeur dure, irrégulière, en partie fluctuante, légèrement sensible, située dans le flanc droit, mobile, mate à la percussion... Plusieurs opinions furent émises et enfin on me fit demander en consultation... Je résolus par l'affirmative l'opportunité de l'avortement. L'utérus était repoussé un peu à gauche, tandis qu'à droite il ne dépassait pas la ligne médiane, une tumeur élastique remontait sous les fausses côtes et ne pouvait être distinguée du foie par la percussion. Je proposais de ponctionner cette tumeur si l'avortement ne se faisait pas. Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai appris que le 26 septembre ses douleurs, qui avaient disparu, revinrent avec des symptômes de péritonite et le 28 la croyant en travail on rompit les membranes ; quelques heures après, naissait une fille qui vécut vingt-quatre heures. La péritonite s'accrut et la malade mourut quatre jours après.

A l'autopsie, on trouva un kyste de l'ovaire droit rompu à la partie postérieure. Le pédicule, long de 0 m. 035, était

tordu comme une corde et les parois du kyste étaient infiltrées de sang. Caillots et sérum sanguin dans la cavité kystique, sérosité liquide dans l'abdomen.

OBSERVATION XXIII (résumée).

(Dr Péan. — *Clinique chirurgicale*, n° 155, 4^e série, *loc. cit.*)

Kyste de l'ovaire droit, multiloculaire, hématique. — Torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Adhérences pariétales et viscérales très épaisses et très solides.

M^{me} X..., premier accouchement en 1881. Développement rapide d'une tumeur abdominale ponctionnée par M. le professeur Richet.

Elle redevient enceinte en juin 1882 ; au cinquième mois, le kyste prend un développement concurremment avec l'utérus. Accouchement prématuré en janvier 1883. Après l'accouchement, kyste du volume d'une tête d'adolescent. A partir de ce moment, marche rapide. Métorrhagies continues.

Opération le 22 mai 1885. — Incision longue dépassant l'ombilic de 5 centimètres à cause des adhérences pariétales généralisées, sous-ombilicales, très épaisses.

Adhérences à l'épiploon, 10 litres de liquide hématique. *Pédicule tordu.*

OBSERVATION XXIV (résumée).

(Terrillon, *in* thèse Cocard.)

Kyste de l'ovaire droit avec début de torsion. — Grossesse de trois mois. — Ovariectomie. — Accouchement à terme.

Célestine B..., vingt-neuf ans, a eu trois accouchements à

terme, le dernier il y a cinq ans. Il y a trois ans, apparition d'une tumeur grosse comme un œuf au-dessus de la symphyse.

Le ventre est irrégulièrement développé, dilaté.

Les règles sont supprimées depuis trois mois. Opération le 15 mars.

Les deux poches sont ponctionnées et vidées. Le pédicule est long, grêle et *a subi un commencement de torsion*.

L'utérus est gros.

Suites de l'opération bénignes.

Accouchement normal fin septembre 1887.

OBSERVATION XXV (résumée)

(Par MM. Pinard et Segond. — Comptes rendus de la Soc. Obstét. Gynéc. et Péd., 1900)

Kyste de l'ovaire gauche, torsion du pédicule vers le deuxième mois de la grossesse. — Laparotomie et ablation du kyste à la fin du troisième mois. — Evolution normale de la grossesse.

La femme R..., trente-six ans, entre à Baudelocque, le 29 novembre 1899. Elle a eu deux grossesses normales, terminées par des accouchements spontanés à terme. Santé excellente et règles normales jusqu'au mois de septembre. Dernières règles du 2 au 5 septembre.

Quinze jours après, cette femme a commencé à ressentir des douleurs abdominales non localisées, intermittentes qui la déterminèrent à venir consulter.

Deux mois s'écoulèrent sans incidents ; les douleurs abdominales sous l'influence du repos avaient disparu.

Le 27 novembre à 5 heures du matin, cette femme fut réveillée par une douleur abdominale très vive, localisée au côté gauche. Quelques instants après, un vomissement bilieux se produisit.

A son arrivée à la clinique, la malade présente un facies

grippé. Pouls à 82. Température 37°1. Ventre météorisé. Hyperesthésie de toute la paroi abdominale plus accusée à gauche. Palper difficile, douloureux et ne donnant que des sensations vagues. Le toucher fait constater l'existence d'un col un peu mou, entr'ouvert, mais long; le segment inférieur de l'utérus est développé. Aucune tumeur bien saillante dans les culs-de-sac. Combinant le toucher au palper, on parvient à reconnaître que le fond de l'utérus, un peu incliné à droite, s'élève à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et qu'il est flanqué à gauche d'une tumeur dont les limites sont difficiles à préciser, en raison de la douleur que provoque la moindre pression de la paroi abdominale, mais dont le volume ne dépasse certainement pas celui du poing.

Après un traitement calmant, on arrive à délimiter deux tumeurs : l'une, constituée par l'utérus que l'on sentait se contracter et l'autre située dans la fosse iliaque gauche offrant une tension considérable. La tumeur qui n'était pas l'utérus était plus développée.

On présente cette femme à M. Segond avec cette étiquette : Kyste de l'ovaire à pédicule tordu compliquant une grossesse de trois mois environ, et M. Pinard lui demande de l'examiner et de l'opérer s'il partageait son opinion.

Après examen, M. Segond formula le même diagnostic et séance tenante l'opération fut pratiquée.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on put apercevoir deux tumeurs : l'une médiane offrant tous les caractères d'un utérus gravide de trois mois, l'autre située à gauche et plus allongée.

M. Segond mit à découvert *un kyste de l'ovaire gauche offrant une double torsion de son pédicule*. Ce kyste avait contracté de nombreuses adhérences avec l'intestin; la décortication fut laborieuse; en la pratiquant, il se produisit une déchirure au voisinage du pédicule et il s'écoula une certaine quantité de liquide sanguinolent. L'utérus avait été ménagé avec le plus grand soin.

Le liquide contenu dans le kyste était couleur café noir. La paroi du kyste était infiltrée de sang.

La trompe paraît absolument saine et normale.

Les suites opératoires ont été très simples et eussent été normales sans l'apparition d'une bronchite qui guérit d'ailleurs.

Pendant les trois premiers jours, pour prévenir l'avortement M. le professeur Pinard fit pratiquer toutes les vingt-quatre heures deux injections sous-cutanées de morphine (soit 2 centigr. par jour).

La grossesse suivit son cours normal, L'accouchement eut lieu le 24 juin à Baudelocque ; sommet spontané, fille du poids de 3.640 grammes.

OBSERVATION XXVI (résumée)

(Mayo Robson. — « Abdominal and other capital operations performed during pregnancy ». *British medical Journal*, 9 nov. 1889.)

Torsion d'une tumeur de l'ovaire au deuxième mois de la grossesse. — Ovariectomie. — Guérison. — Continuation de la grossesse.

M^{me} A..., vingt-cinq ans, mariée depuis deux mois, bien portante. Règles disparues depuis son mariage. Le 7 juillet, M^{me} A... fut prise d'une violente douleur à gauche, dissipée par une injection de morphine.

Le 8 juillet, on trouve une tumeur fluctuante, mate, entourée d'une zone sonore remontant à un pouce et demi au-dessous de l'ombilic. Du 8 au 14 juillet la malade eut deux crises semblables. Le 15 la douleur recommença et fut traitée par la morphine.

Les symptômes devenant plus graves, on décida d'intervenir.

Le 17 juillet, je l'opérai. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula 1 pinte d'un liquide foncé et l'on arriva sur une tumeur de l'ovaire gauche, qui avait tourné de gauche à droite, tordant le pédicule et étranglait partiellement la tumeur.

Le kyste contenait 9 pintes de liquide. Le poulx de 112

revint à 108, la température s'abaissa bientôt à 99 degrés (Fahrenheit). En février 1899, M^{me} A... accoucha d'une fille.

OBSERVATION XXVII (résumée)

(Engstrom, in thèse Tessier)

Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. — Grossesse de deux mois. — Ovariectomie. — Continuation de la grossesse.

Femme qui a eu sept enfants vivants. A ses dernières couches, on s'aperçoit que le ventre est plus gros qu'à l'ordinaire. Le lendemain de l'accouchement, elle est prise de douleurs abdominales accompagnées de météorisme. On diagnostique une tumeur abdominale. Les règles reparurent pour la première fois après l'accouchement le 2 décembre 1884 ; mais depuis le 4 janvier 1885 elles sont supprimées.

A l'examen : utérus grossi recourbé en arrière et pressé contre le fond du bassin, se mouvant un peu de côté ; l'abdomen est bombé par une tumeur ronde, oscillante, non mobile, descendant dans le bassin, dépassant l'ombilic de quatre doigts, et occupant presque toute la largeur de l'abdomen.

Le 29 janvier 1885, ovariectomie. Kyste tellement adhérent à la paroi antérieure qu'on lui fait une section par mégarde. On le vide, le décortique malgré des adhérences supérieures avec l'épiploon sur toute sa largeur. Le pédicule était *tordu de deux tours* sur son axe.

Le 28 octobre, la femme accoucha d'un garçon vivant.

OBSERVATION XXVIII (in thèse Baron) (résumée)

Kyste parovarien pédiculisé. — Grossesse de trois mois. — Torsion du pédicule. — Utérus rétrofléchi. — Laparotomie. Guérison.

Ernestine H..., vingt-huit ans.

Réglée à quatorze ans régulièrement, mariée à seize ans.

Trois enfants, le premier il y a onze ans, le deuxième il y a huit ans, le troisième il y a deux ans.

Couches normales. Pas de fausse couche.

Il y a cinq ans, la malade entra à Tenon parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre du côté droit et qu'elle sentait une tuméfaction de ce côté. On lui conseilla l'opération qu'elle refusa. On lui fait une ponction. Guérison trois semaines après.

Plus d'accidents jusqu'au 11 juin où elle ressent des douleurs intolérables. Ses dernières règles datent du 2 avril, de plus elle a des vomissements continuels.

A l'examen : Ventre douloureux, pas de fièvre, elle en aurait eu quelques jours auparavant.

On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire et le diagnostic de kyste hydatique.

La tumeur développée à droite dépasse la ligne médiane à gauche, et l'ombilic de deux ou trois travers de doigt.

Le 15 juin, laparotomie. La ponction ramène 3 litres de liquide clair ; ablation de la poche non adhérente, ligature sur la trompe et l'ovaire apoplectique. Le kyste était pédiculisé sur le ligament large qui dut être détourné trois ou quatre fois. La grossesse continue son cours.

OBSERVATION XXIX (résumée)

(Par A. Monprofit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, membre correspondant de la Société de Chirurgie, publiée par Cocard, 1896)

Grossesse de kyste ovarique, torsion du pédicule. — Laparotomie au troisième mois. — Continuation de la grossesse

M^{me} G..., vingt-six ans, a eu deux grossesses normales. Les débuts de la grossesse actuelle ont été un peu pénibles ; à la fin du troisième mois, après une journée de travaux fatigants, brusquement débutèrent de vives douleurs abdominales et des vomissements.

A l'examen, le ventre paraissait plus développé qu'il ne devait l'être chez une femme enceinte de trois mois, présentait particulièrement une saillie du côté gauche.

A gauche, on délimite une tumeur assez arrondie, très élastique, donnant la sensation d'une poche liquide très tendue. L'utérus et la tumeur ne font pas corps ensemble.

La grossesse paraissait bien certaine.

Nous pensâmes à une grossesse tubaire ou à un kyste ovarien à développement rapide. La laparotomie fut pratiquée le 4 novembre 1895.

J'incisai la paroi abdominale ; une tumeur arrondie, noire, se présenta à la plaie, en même temps qu'il s'échappa du liquide ascitique un peu coloré ; je pensai alors à la présence d'un kyste avec torsion du pédicule.

La tumeur de la grosseur d'une noix de coco était un peu adhérente à la paroi abdominale et à l'épiploon. C'était un kyste ovarique gauche dont le pédicule assez mince était tordu cinq fois sur lui-même.

Le contenu du kyste était un liquide noirâtre ; les parois étaient sphacélées en certains points.

Suites de l'opération normales. Guérison après trois semaines. Continuation de la grossesse.

OBSERVATION XXX (résumée)

(Par M. Laroyenne, publiée par Finaz, 1898.)

Kyste de l'ovaire. — Adhérences à l'épiploon. — Torsion du pédicule ayant peut-être débuté à l'occasion d'une grossesse et ayant peut-être été la cause de l'avortement auquel celle-ci aboutit. — Ovariectomie.

L... A..., trente-quatre ans. Réglée à douze ans ; a eu deux enfants et, au mois de novembre 1894, a fait, après dix jours de souffrances, une fausse couche au septième mois. Mais, dès

le mois de mars 1894, elle s'aperçut que son ventre grossissait à droite.

Depuis la fausse couche, la progression de la tumeur a été plus rapide et la malade a commencé à souffrir.

Actuellement, le ventre a le volume d'une femme enceinte de sept mois. La tumeur née à droite s'étend à gauche jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic. Matité franche. Fluctuation. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Laparotomie le 1^{er} février 1895. — On trouve un kyste adhérent surtout à l'épiploon. Liquide hématique couleur café assez épais. *Le pédicule, rétréci en un point, paraît tordu.*

La malade sort le 21 février ; elle va très bien.

OBSERVATION XXXI (résumée)

(M. le professeur P. Segond. — Comptes rendus de la Société d'Obst. Gynéc. et Péd., t. II, 1900.)

Kyste de l'ovaire droit. — Torsion du pédicule. — Ovariectomie au deuxième mois de la grossesse. — Avortement

Une femme de vingt et un ans, mariée depuis le 6 juillet, M^{me} X..., avait presque aussitôt souffert de troubles attribués à une annexite gauche. Puis les signes habituels d'un début de grossesse s'étaient ajoutés aux symptômes de l'annexite. Il existait au niveau des annexes à gauche, à côté d'un utérus élevé et augmenté de volume, une tuméfaction douloureuse grosse environ comme le poing.

Peu après, le 9 novembre, on constata que la tumeur annexielle augmentait de volume, tandis que les dimensions de l'utérus semblaient stationnaires. Si bien que le 11 novembre, lorsque nous avons examiné la malade, tout pouvait faire redouter l'existence d'une grossesse extra-utérine gauche. La laparotomie fut pratiquée par moi.

Or, voici ce qui fut trouvé :

La grossesse était normale et la tumeur latérale gauche était

constituée par un petit kyste de l'ovaire droit qui, *après un tour de torsion de son pédicule*, était venu se loger sous les annexes gauches dont il s'était comme coiffé.

Le tour de torsion portait à la fois sur le pédicule ovarien et sur la trompe.

Le kyste uniloculaire et gros comme une mandarine contenait un liquide eau de roche. Il était immobilisé par des adhérences assez solides et très saignantes.

Les suites opératoires ont été troublées par l'avortement qui s'est fait au bout de huit jours. Mais, en définitive, tout s'est passé sans incident sérieux, la guérison opératoire est survenue dans les délais habituels.

OBSERVATION XXXII (résumée)

(Dr G. Renon, chirurgien de l'hôpital de Niort. — *Archives médico-chirurgicales du Poitou*, mai 1906)

Kyste de l'ovaire et grossesse. — Avortement spontané. — Torsion du kyste. — Ovariectomie. — Guérison.

Le 10 avril 1906, je suis appelé auprès d'une malade présentant un kyste de l'ovaire avec accidents péritonéaux. Le ventre est gros, douloureux. Au bout de quelques jours, les phénomènes péritonéaux s'amendant, on constate la présence d'une volumineuse tumeur mate, fluctuante, avec sonorité dans les flancs et on fait le diagnostic de kyste ovarique. Nous pensons à des accidents de torsion et proposons une intervention immédiate qui est acceptée. Cette malade, âgée de trente-deux ans, mère d'une fillette de cinq ans, a toujours eu le ventre un peu fort et s'est depuis plusieurs années plainte de douleurs à droite. Il y a trois ans, elle devint enceinte, et fit une fausse couche de trois mois qui, d'après son histoire, doit être mise certainement sur le compte de son kyste.

Le 12 avril, je pratique la laparotomie. Le kyste est violacé et la ponction ramène plus de 3 litres de liquide hématique.

Les tractions sur la poche montrent que le kyste est très adhérent dans le flanc droit. *Aussi je vais à la recherche du pédicule que je trouve tordu.* La malade ne fait aucune réaction.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

(Par M. G. Lepage. — Comptes rendus de la Soc. obst. Gynéc. et Péd., 1904).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule. — Grossesse de trois mois et demi environ. — Ablation du kyste. — Guérison.

Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire avec torsion du pédicule que j'ai enlevé le 14 mai pour des accidents de péritonite menaçante chez une primipare de vingt-quatre ans. Cette femme fut amenée dans mon service le 13 mai pour de violentes douleurs abdominales, faisant craindre un avortement.

Mariée depuis le mois de novembre 1903, ses règles ont eu lieu pour la dernière fois le 16 janvier 1904.

Peu de temps après son mariage, éprouvant de temps à autre de petites douleurs dans le bas ventre, elle constata la présence d'une tumeur du volume d'une noix siégeant dans la partie gauche de la région hypogastrique, un peu au-dessus de l'arcade crurale.

Le 12 mai, la malade est transportée à la Pitié.

On se trouve en présence d'une femme paraissant souffrir beaucoup. En dehors de la douleur bien localisée au flanc gauche, la malade n'accuse pas d'autres troubles fonctionnels abdominaux. L'examen du ventre permet de constater une légère voussure occupant le flanc gauche.

Le ventre n'est pas ballonné, mais on délimite à la percussion une zone de matité correspondant à la voussure signalée et séparée par des intervalles de sonorité des viscères abdominaux.

Par le palper, on sent une masse arrondie, plutôt dure, indépendante de la paroi abdominale et développée surtout dans le sens transversal de l'ombilic à la limite du flanc gauche, avoisinant en bas et en arrière la crête iliaque, elle est mobile.

Au niveau de la région hypogastrique, on sent une tumeur médiane, globuleuse paraissant être l'utérus gravide remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et nettement indépendante de la tumeur voisine. Une zone de sonorité du reste les sépare. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le col est légèrement ramolli, un peu entr'ouvert.

M. Lepage croit à un kyste de l'ovaire en voie de torsion.

13 mai. — On fait à la femme une piqûre de 1 centigramme de morphine, puis on lui met de la glace sur le ventre. Température soir, 38 degrés. Pouls 105.

14 mai. — Les douleurs sont de plus en plus vives, nouvelle injection de morphine de 1 centigramme.

15 mai. — Les douleurs se sont un peu amendées, mais on constate un ballonnement du ventre, le pouls est à 120, la température rectale : 38°1. L'intervention est décidée par M. Lepage et pratiquée à 10 heures du matin.

On fait une longue incision abdominale. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une notable quantité de liquide couleur porto; l'épiploon et les intestins sont injectés et vascularisés. On trouve à gauche une tumeur volumineuse noirâtre, turgescence, libre d'adhérences, qui paraît être un kyste de l'ovaire gauche tordu. On ponctionne cette tumeur qui donne issue à 200 grammes environ de liquide jaunâtre, puis on attire au dehors le kyste après *trois tours de détorsion dans le sens inverse des aiguilles d'une montre*.

5 juin. — La malade quitte le service en bon état. Depuis quelques jours, elle perçoit les mouvements actifs du fœtus.

CHAPITRE III

Des adhérences des kystes ovariques

Les péritonites localisées sont fréquentes; elles comptent grandement parmi les causes des adhérences kystiques avec la paroi abdominale ou les viscères. Ces adhérences sont en général dues à des poussées successives de réaction péritonéale causées le plus souvent par des accidents de torsion pédiculaire, comme nous avons pu le constater au sujet de la torsion (obs. XVI, XVII, XVIII, XIX, etc.). Quelquefois, elles surviennent cependant, dit Howitz, chez des femmes qui affirment n'avoir jamais eu de douleurs dans l'abdomen, ni symptômes de péritonite. L'opération seule alors en décèle la présence. Dans l'observation rapportée ci-après on note un simple développement abdominal peu en rapport avec l'âge présumé de la grossesse, malgré des adhérences assez intimes avec l'intestin :

OBSERVATION XXXIV (*in* thèse Lefaye, 1895)

(*Bulletin médical*, 1892, p. 1005. — Observation de Fancourt-Barnes présentée à la *Bristish Gynecological Society*)

Il s'agit d'une femme de trente et un ans chez laquelle il a pratiqué une ovariectomie alors qu'elle était enceinte. Cette malade présentait un développement de son abdomen qui n'était pas en rapport avec l'âge encore peu avancé de la grossesse. La palpation rendue difficile par la présence d'une ascite considérable ne permettait pas de se rendre un compte exact de ce qui existait dans l'abdomen, mais le refoulement de l'utérus en haut et en arrière permettait cependant d'affirmer qu'il existait une tumeur autre que celle formée par l'utérus gravide.

Une laparotomie fut décidée : L'abdomen ayant été ouvert, on trouva, occupant toute la cavité abdominale, un kyste multiloculaire gauche.

Le kyste adhérait assez intimement à l'intestin, mais les adhérences purent cependant être détachées et le kyste fut enlevé. On put alors constater que l'utérus avait le volume d'un utérus gravide de quatre mois. Les suites de l'opération ont été excellentes et la grossesse a continué à évoluer sans aucun incident.

C'est un fait également bien connu que les frottements incessants qui se produisent entre l'utérus gravide, la tumeur kystique et le péritoine, font éclore des adhérences. Heiberg n'a-t-il pas fait remarquer que les vaisseaux eux-mêmes ne sont pas sans influence sur leur production ?

Enfin la ponction ou plutôt les ponctions répétées n'en sont-elles pas des causes très fréquentes ?

En voici un exemple :

OBSERVATION XXXV (*in* thèse Rémy)

(Spencer Wells (6^e). — *Obstetr. trans.*, vol. XIX, p. 187)

Kyste de 31 kilogrammes, vingt-deux ans. Accouchée sept fois. Abdomen très tendu, douleurs, ponction le 3 août 1872. Ovariectomie au septième mois. *Adhérences au mésentère*. Ligature. Accouchement prématuré le lendemain. L'enfant vit trois heures.

Et comment reconnaître la formation de ces adhérences ? A part quelques cas exceptionnels où il n'existe aucun des symptômes généraux de réaction péritonéale (obs. XXXIX), le plus souvent les adhérences s'accompagnent de signes de péritonite avec vomissements, douleurs abdominales et lombaires, dyspnée, diarrhée et fièvre. Ces phénomènes inflammatoires peuvent se répéter au cours de la même grossesse à des intervalles plus ou moins réguliers et réclamer à plusieurs reprises l'intervention du médecin comme dans cette observation résumée de Rémy :

OBSERVATION XXXVI

(M. le professeur Hergott)

Kyste de l'ovaire gauche. — Ponctions. — Accouchement prématuré. — Mort. — Nombreuses adhérences

M^{me} J., âgée de trente-trois ans, eut un accouchement

facile il y a six ans. L'enfant mourut à l'âge de trois semaines. Deuxième accouchement il y a trois ans.

Cette femme entre à la maternité de Nancy le 19 avril 1882.

Dernières règles vers la fin d'août 1881. Depuis le mois de février elle avait remarqué le développement rapide de son ventre ; en janvier elle se crut enceinte.

En octobre 1881, c'est-à-dire au deuxième mois de la grossesse, elle ressentit de grands malaises. Au début de décembre, on diagnostiqua un kyste de l'ovaire qui fut ponctionné au côté gauche (8 à 10 litres de liquide). Quinze jours après, le liquide se reproduit. En janvier 1882, la femme eut de nouvelles douleurs abdominales. Elle vint consulter à la maternité en mars, on diagnostiqua alors une grossesse et un kyste de l'ovaire gauche.

Peu après son entrée, la malade eut des maux de reins et des douleurs abdominales. Elle était très oppressée et le travail commença. On fit une ponction (3 litres de liquide). Le travail se fit le soir. Accouchement prématuré facile. Enfant vivant. Délivrance normale. Pas d'hémorragie.

Au bout de deux à trois jours, la malade eut de la diarrhée, de la fièvre, de la douleur dans le flanc droit ; les jambes s'infiltrèrent.

Une ponction du kyste donna issue à 8 litres d'un liquide noirâtre. La femme mourut le 24 mai, un mois après l'accouchement.

À l'autopsie, on trouva *des adhérences générales du kyste* à toute la paroi abdominale, faciles à détacher, avec les intestins et l'épiploon. Le kyste était multiloculaire à contenu purulent. L'utérus renversé était maintenu par des adhérences récentes (péritonite).

Parfois les accidents, au lieu de se produire pendant la même grossesse, peuvent survenir à l'occasion de grossesses successives.

Souvent à la suite de l'intervention, la gestation continue normalement son cours ainsi que le prou-

vent les observations XXXVII, XLI, et le cas que voici :

OBSERVATION XXXVII (résumée)

(Suslin). — *The Medical Record*, 1886.)

Kyste de l'ovaire énorme. — Grossesse de sept mois.

Ovariectomie. — Continuation de la grossesse

Il s'agit d'une femme de dix-neuf ans, enceinte de sept mois et portant une tumeur abdominale, kystique d'un volume énorme, puisque l'abdomen avait au niveau de l'ombilic 1 m. 35 de circonférence.

La laparotomie pratiquée conduit sur un kyste avec adhérences de la face antérieure au péritoine pariétal. Le kyste attiré au dehors est ponctionné.

L'utérus est en arrière et à gauche de la tumeur.

Rien de particulier pour le pédicule qui est laissé dans l'abdomen.

La grossesse va à terme et est suivie d'un accouchement normal.

Mais en dehors même de toute opération, un gros kyste immobilisé au-dessus du détroit supérieur par diverses adhérences, peut dans certaines circonstances, à la suite de phénomènes de compression plus ou moins prononcés, gêner le développement physiologique de l'utérus gravide et amener une interruption de la grossesse (obs. XX).

D'ailleurs il est à signaler que selon les adhérences

contractées, soit avec la paroi abdominale, l'intestin, l'épiploon (obs. XXXVI) soit avec l'utérus gravide (obs. IX) où à la trompe, les accidents observés pourront être variables par suite des tiraillements répétés occasionnant la déviation de l'un de ces organes. On vient de voir précédemment, au sujet des effets produits par un kyste trop volumineux, un cas d'obstruction intestinale survenue après la formation d'adhérences des intestins à la paroi kystique.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces adhérences n'est pas toujours facile à reconnaître, aussi le diagnostic est-il souvent douteux.

Voici ce que nous dit Forgeue à ce sujet : « Les poussées de péritonite, les phénomènes douloureux gastriques ou intestinaux ne sont que des indices de présomption. Pour diagnostiquer les adhérences pariétales, il faut rechercher si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent la tumeur ; si celle-ci est libre, elle descend pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration. »

Tillaux ajoute : « Regardez le ventre de profil, en fixant un point plus saillant s'il en existe, et recherchez à la palpation si vous constatez un bruit de frottement à la surface du kyste, c'est une preuve, s'il existe, qu'il n'y a pas d'adhérences en ce point, ou bien que ce sont des adhérences lâches et récentes.

« Si vous constatez qu'une couche liquide péritonéale baigne la surface du kyste et se déplace avec

la malade, c'est un excellent signe au point de vue de l'absence des adhérences.

« Si le kyste est récent, si la malade n'a pas éprouvé de péritonite, il est encore vraisemblable qu'il n'y a pas d'adhérences. Par contre l'existence de douleurs violentes et prolongées ne prouve pas qu'on doive en rencontrer ; car les douleurs peuvent tenir à l'inflammation de la face interne du kyste et non à celle du péritoine.

Aucun signe ne saurait nous révéler les adhérences épiploïques et surtout, ce qui serait plus important, les adhérences intestinales. »

Enfin M. Lepage écrit sur le même sujet : « Que lorsque le kyste, même peu volumineux, est immobilisé par des adhérences, soit dans l'excavation, soit un peu au-dessus, il peut, s'il est de consistance ferme, entraver le développement de l'utérus et produire des phénomènes de compression plus ou moins marqués. » Tel est le cas de l'observation XX.

Parfois on constate en un point localisé de l'abdomen une zone indurée, mate à la percussion, de consistance fibreuse en apparence et répondant exactement au point où se sont formées des adhérences kysto-pariétales. Ce signe n'est pas indiqué dans nos observations.

OBSERVATION XXXVIII (résumée)

(Polaillon. — Académie de Médecine, 19 juillet 1892, in *Ann. de Gynéc.*, août 1892.)

Kyste de l'ovaire. — Grossesse de trois mois. — Ovariectomie double. — Continuation de la grossesse

Malade de vingt-neuf ans, non réglée depuis cinq mois souffrant avant son entrée à l'hôpital de douleurs abdominales qui deviennent incessantes et s'accompagnent de vomissements.

On constate que cette femme est atteinte d'un kyste de l'ovaire dépassant l'ombilic de 3 à 4 travers de doigt. Au toucher on sent le col de la matrice mou, œdématié, faisant corps avec une petite tumeur refoulée dans la concavité sacrée, ce qui peut faire penser à une grossesse.

Laparotomie. — On fait une incision abdominale et on arrive sur un kyste de l'ovaire. Mais en raison de la dégénérescence des deux ovaires, on fait l'ovariectomie double après avoir libéré l'ovaire droit de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin.

Les suites de l'opération furent bénignes. Sortie guérie, la malade accoucha cinq mois et demi plus tard d'une fille à terme et bien constituée.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

(Terrillon, in thèse Cocard.)

Kyste de l'ovaire gauche. — Grossesse de cinq mois. — Ovariectomie. — Accouchement à terme

Jeanne M..., de vingt-huit ans, eut, y a un an, un accouchement à terme facile. Depuis son ventre est resté gros.

A son arrivée à l'hôpital, il ressemble à un ventre gravide de huit mois.

Le col utérin est remonté, mou, entr'ouvert. Utérus

mobile. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus à l'auscultation. Pas de symptômes généraux. Le 12 novembre, incision abdominale. Ponction du kyste. Ouverture de plusieurs poches avec les ciseaux.

Pédicule court, très large, *adhérent* à l'intestin. Six ligatures. Utérus gravide de cinq mois.

Cette malade a accouché le 16 mars 1888 à peu près à terme d'un enfant bien portant et sans accidents.

OBSERVATION XL (résumée)

(Edward Cotterell.—« Short note of case double ovariectomy during pregnancy. » *The Lancet*, octobre 1862.)

Kyste multiloculaire. — Grossesse de quatre mois. — Ovariectomie double. — Avortement. — Mort

M. P..., trente-sept ans, multipare, croyait être enceinte de trois mois, mais trouvait son abdomen plus développé qu'il n'était habituellement à terme. Elle se plaignait d'une grande douleur abdominale. L'examen du ventre révéla une tumeur probablement ovarienne plus développée du côté gauche mais empiétant aussi sur le côté droit. Il y avait un peu d'ascite : l'utérus était augmenté de volume.

On opéra le 25 avril 1890. Après l'ouverture de l'abdomen, j'extirpai un kyste multiloculaire *adhérent* à l'ovaire gauche et aussi à l'ovaire droit. En raison des adhérences, l'opération fut laborieuse.

Quarante-deux heures après l'opération, la malade avorta d'un fœtus de quatre mois, et mourut trois heures après.

OBSERVATION XLI (résumée)

(Meredith. — Société d'Obstr. de Londres, 6 juillet 1892.)

Kyste papillomateux de l'ovaire. — Deuxième mois de la grossesse. — Ovariectomie double. — Continuation de la grossesse.

Une primipare non réglée depuis deux mois, est atteinte d'une tumeur abdominale.

Elle se plaint d'accidents douloureux au bas ventre et dit avoir maigri.

A l'examen, on trouve l'utérus refoulé en arrière et déterminant de la compression.

L'ovariotomie pratiquée au deuxième mois de la grossesse, les deux ovaires kystiques furent enlevés.

De nombreuses adhérences nécessitèrent le drainage pendant trente-six heures.

La malade guérit et l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION XLII (*in* thèse Dujardin)

(Mayo Robson. — « Intervention abdominales et autres opérations majeures pendant la grossesse. » *British medical Journal*, 9 nov. 1899.)

Kyste multiloculaire. — Adhérences. — Ovariectomie à la dixième semaine de la grossesse.

Femme âgée de trente-sept ans. Tumeur abdominale à marche rapide, *adhérente à l'utérus*.

Douleurs abdominales et lombaires. A l'ovariotomie, on trouve un kyste multiloculaire, proliférant, *adhérent à l'intestin* et à toute la face postérieure de l'utérus gravide. Pas de complications. Guérison rapide et accouchement normal.

OBSERVATION XLIII (résumée)

(Peeples. — *British medical Journal*, 1893, p. 883.)

Femme de trente-huit ans, mère de six enfants. Depuis deux ans, les règles étaient douloureuses et irrégulières. L'abdomen augmenté de volume était le siège de vives douleurs. Cette femme ne croyait pas être enceinte. L'examen révéla la présence d'une tumeur ovarienne. Après laparotomie, on tomba sur une grosse tumeur comprenant l'ovaire et la trompe. *L'ablation en fut laborieuse à cause des adhérences.*

La malade guérit au bout de cinq semaines.

Grâce à l'opium donné pendant les premiers jours après l'opération, la grossesse continua son cours.

Trois mois plus tard la femme accoucha à terme d'un enfant robuste. L'accouchement fut simple et ses suites régulières.

OBSERVATION XLIV (résumée)

(Professeur Gross, cité par Rémy, p. 159.)

Kyste multiloculaire proliférant à végétations internes ; grossesse de trois mois et demi. — Ovariectomie. — Adhérences pariétales étendues. — Avortement le deuxième jour. — Mort par péritonite le troisième jour.

M^{me} D..., vingt-neuf ans, a souffert pendant un certain temps de douleurs dans le bas ventre. Mariée, M^{me} D... fut bientôt enceinte. Les premiers mois de la grossesse ont été faciles, pendant les autres M^{me} D... a été très souffrante. Elle a éprouvé de vives douleurs dans le bas ventre, a eu des vomissements.

En juin 1885, elle accoucha d'un enfant vivant, bien portant. L'accouchement fut normal, mais après la délivrance, on constate à gauche de l'utérus une tumeur intra-abdominale, reconnue pour un kyste ovarique. La tumeur remplissait le côté gauche de l'abdomen et dépassait déjà l'ombilic.

L'ovariectomie fut décidée.

En décembre M^{me} D... fut de nouveau enceinte et demanda à être opérée.

En janvier 1886, on trouva une tumeur volumineuse, lobulée, remplissant la cavité abdominale et paraissant mobile. Il s'agissait certainement d'un kyste multiloculaire.

On ponctionna le kyste, ponction qui donna issue à un liquide blanc jaunâtre, puis on fit l'incision de la paroi et on arriva sur la tumeur. On constata que le kyste *adhérait dans la fosse iliaque gauche*, dans toute l'étendue de son côté externe, dans une grande étendue en arrière jusque

dans le flanc et en haut jusqu'au voisinage de la rate. On libéra et on enleva le kyste.

La malade avorta d'un fœtus de trois mois et demi environ. Le soir même, elle tomba dans le collapsus et mourut le 18 mars.

OBSERVATION XLV

(Ker. — *British. med. Journ.*, 1880, p. 448.)

Une femme de trente-sept ans, multipare, devient de nouveau enceinte. On diagnostique un kyste de l'ovaire et on propose l'opération qui fut pratiquée en février, au cinquième mois de la grossesse. On trouve un kyste multiloculaire de l'ovaire pesant 25 livres et ayant contracté *de fortes adhérences* à la paroi abdominale antérieure. Avortement peu après l'intervention.

CHAPITRE IV

Des hémorragies des kystes de l'ovaire

Une hémorragie peut se produire dans le kyste au cours de la grossesse. Il s'agit alors d'une complication, et cette complication est assez rare en dehors de la rotation du kyste sur son axe.

L'hémorragie intra-kystique se voit surtout dans les kystes à forme végétante ou papillaire (obs. XLVI), on peut aussi la rencontrer dans le type mucoïde (obs. XI). Mais, le plus souvent, elle provient d'une torsion du pédicule plus ou moins complète et hâtive dans son apparition. C'est du reste ce que prouvent les observations XVI, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXV, XXIX.

En dehors de la torsion, il peut encore se faire des hémorragies dans le kyste sans cause bien apparente, car on a signalé leur subite apparition en l'absence même de toute altération pédiculaire. Habit (1), d'ailleurs, n'a-t-il pas trouvé une hémorragie à l'intérieur d'un kyste à l'autopsie d'une

1. *Wien. Zeitsch. N. F.*, III, 1860, p. 659.

femme qui fit un avortement, puis après la délivrance, ressentit de vives douleurs et tomba dans le collapsus ? Boye (1) rapporte également un cas d'hémorragie intra-kystique chez une femme enceinte.

Enfin, à la suite d'un traumatisme, d'une ou plusieurs ponctions on peut voir le contenu kystique prendre une teinte plus ou moins foncée révélant la présence d'un épanchement sanguin dans la cavité.

Et comment se produit cette hémorragie ? La plupart du temps, consécutive à la torsion du kyste, elle résulte de l'arrêt de la circulation veineuse au niveau du pédicule. Dès lors l'afflux du sang continuant à se faire par les artères et ne trouvant pas d'issue à son écoulement, la pression augmente et amène des phénomènes de tension exagérée. La force excessive du courant sanguin aboutit à la rupture du vaisseau, rupture qui sera, d'après Tillaux, la cause d'épanchement dans la cavité kystique.

Suivant la quantité de sang épanché, la symptomatologie variera.

L'hémorragie est-elle forte, dit Bouilly, nous avons les signes d'une hémorragie interne, une anémie profonde qui peut aller jusqu'à la mort par syncope et cela dans un laps de temps quelquefois très court.

Dans d'autres cas, l'hémorragie est sournoise, insi-

1. *Howits Gynækolog. Obstetric. med. delleser*, Bd. 2, Hft. I, p. 13.

dieuse et légère. La malade, à part quelques douleurs et quelques troubles de compression dus surtout à l'excès de volume du kyste, n'a aucun des symptômes propres à une hémorragie interne. Rien ne vient nous en déceler la présence, la ponction seule peut nous mettre sur la voie du diagnostic comme dans cette observation :

OBSERVATION XLVI (résumée)

(Toporski. — Diss. Breslau, 1884.)

Hélène M..., bien réglée, trente-six ans, V-pare. Pendant la grossesse actuelle, la malade a remarqué dans le bassin une sensation de pression. Il y a quinze jours survint de l'œdème des membres inférieurs. Depuis fin décembre, elle se plaint de troubles de la défécation et de la miction.

Rupture des membranes 8 janvier 1884 à 8 heures du matin, subitement, sans raison. Le jour suivant, elle remarqua une tension douloureuse dans le bas ventre et dans les reins et le 10 janvier à 9 heures du matin survinrent de fortes douleurs. L'accouchement ne progressant pas, on fait l'exploration dans la narcose. Les diamètres du bassin sont normaux, mais dans le petit bassin, on tombe sur une tumeur du volume d'une tête fœtale soumise à une grande pression, kystique, descendant presque jusqu'à l'entrée du vagin et comme située dans le cul-de-sac de Douglas. Cette tumeur est considérée comme un kyste ovarien incarcéré dans le bassin.

On intervient par la voie vaginale. Il s'écoule environ 1 litre et 1/2 de liquide foncé, sanguinolent, épais. L'accouchement eut lieu normalement et après huit jours la malade sortit guérie.

Examen nouveau le 17 mai. Par le rectum, on sent une tumeur solide, irrégulière, du volume d'une tête fœtale et

qui refoule en bas le cul-de-sac de Douglas. On reconnaît qu'il s'agit non pas d'un kyste ovarique simple, mais d'un *kyste papillaire* compliquant la grossesse.

Si l'épanchement sanguin est brusque, très abondant, la malade est prise subitement de douleurs violentes dans l'abdomen. Son ventre s'accroît rapidement et la paroi abdominale est distendue à l'excès.

Très affaiblie et très pâle, elle a un pouls petit, filiforme et très accéléré. Une respiration fréquente et irrégulière, avec décoloration des téguments et refroidissement des extrémités. C'est souvent au milieu de ces phénomènes que la mort arrive.

Tels sont, à l'état de vacuité, les symptômes d'une hémorragie intra-kystique grave, qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe chez la femme enceinte (Dujardin).

Il n'en est heureusement pas toujours ainsi. L'hémorragie peut présenter une forme plus lente, être plus restreinte. La femme se plaindra alors de sensations douloureuses plus ou moins localisées. Elle s'acheminera insensiblement vers une anémie progressive. Avec les signes habituels de l'hémorragie, on notera parfois une forte distension du ventre, ainsi que nous le constatons dans l'observation publiée par Rémy (*In* thèse d'agrégation, p. 140).

OBSERVATION XLVII (résumée)

(Leçon du professeur Pinard sur les kystes de l'ovaire dans la grossesse.)

*Grossesse de six mois et demi. — Ponction. —
Accouchement prématuré.*

La nommée F..., âgée de vingt-neuf ans, couturière, est entrée le 19 janvier 1883, salle Sainte-Anne lit n° 27. Née en Belgique, bien portante, réglée à quatorze ans régulièrement, elle se marie à seize ans. Première grossesse il y a trois ans. Accouchement facile. La malade est devenue enceinte une deuxième fois et a fait au mois d'août une fausse couche à six mois et demi, à la suite de fatigue.

La malade eut ensuite ses règles jusqu'en août dernier (du 20 au 25).

Depuis sa dernière grossesse, la malade a toujours gardé un assez gros ventre.

A dater du mois d'août 1882 apparaissent les symptômes d'une troisième grossesse. Se trouvant *trop fatiguée*, la malade a cessé tout travail à dater du mois de septembre.

Il y a quinze jours, la malade a ressenti des douleurs dans le ventre du côté gauche, accusées surtout pendant la marche et empêchant le sommeil. Puis sont survenus des vomissements très fréquents, depuis le 18 janvier.

Actuellement la malade *est pâle, affaiblie, yeux cernés, le ventre très distendu et irrégulier* donnant par le choc digital la sensation de flot.

Au palper, il est difficile de déterminer la situation du fœtus, pourtant on sent dans le flanc droit une partie fœtale qui donne la sensation de ballotement.

Le col est ramolli, pas d'effacement.

A l'auscultation on entend les bruits du cœur éloignés. La femme serait enceinte de cinq mois et demi.

Le 23 janvier, le ventre, toujours irrégulièrement développé, permet de circonscrire une masse occupant tout le flanc droit.

A gauche, on sent une tumeur qui se contracte et qui n'est autre que l'utérus dévié. On y perçoit les bruits du cœur fœtal et la sensation de ballonnement.

La deuxième masse, plus volumineuse, occupe tout le flanc gauche et l'hypogastre, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, empiétant sur la ligne médiane. Elle est constituée par une partie liquide et par des parties solides qui siègent directement dans l'hypogastre et à la partie inférieure dans le flanc gauche.

Le 24 janvier une ponction est pratiquée par M. le professeur Duplay. Elle donne issue à 4 litres de *liquide séro-sanguinolent*.

Le 27 janvier l'épanchement se reproduit, la malade a des nausées.

Dans la nuit du 6 au 7 février, la malade est prise de douleurs d'accouchement et entre en travail à 11 heures. Travail régulier. Accouchement spontané à 3 heures, d'un fœtus de six mois et demi dont la mort peut remonter à deux ou trois jours. Délivrance normale. Etat général satisfaisant.

En présence de symptômes d'intensité et d'évolution si variables, il est facile de voir combien le diagnostic d'hémorragie intra-kystique peut hésiter. Aussi, en dehors des cas où ce diagnostic est évident, on devra, pour l'établir, se baser sur la présence de la torsion du kyste qui en est la cause la plus fréquente. La ponction, qui n'est pas sans danger, en indiquant la nature du liquide, ordinairement chocolaté, contenu dans le kyste où une hémorragie s'est produite, fournira d'utiles et sûrs renseignements.

CHAPITRE V

De la rupture des kystes ovariques

Une autre complication du kyste de l'ovaire pendant la grossesse c'est sa rupture.

Cette rupture constitue un accident redoutable ; elle peut avoir lieu dès le premier mois de la gestation, ainsi que l'ont observé Sangalli et Schmidt.

Spencer Wells a vu des ruptures aux troisième, cinquième, sixième mois. Voici une de ses observations :

OBSERVATION XLVIII

(Spencer Wells (7^e). — *Obstet. Transac.*, vol. XIX, p. 188,

Il s'agit d'une malade âgée de trente ans, atteinte d'une grosse tumeur abdominale au sujet de laquelle on avait déjà pratiqué plusieurs ponctions. Cette malade enceinte actuellement de cinq ou six mois continuait sa grossesse. Tout à coup il se produisit une rupture du kyste. On fit immédiatement l'ovariotomie. Après avoir enlevé le kyste, on lia le pédicule. Malgré les précautions prises, la malade avorta trois heures après et mourut dans les huit jours suivants.

Dans nos observations LI, L, XXII, XLVIII, la

grossesse était de trois mois et demi, quatre mois, quatre mois et demi, cinq mois.

Enger, Carson, Hirsch ont vu la rupture se produire chez certaines femmes à l'occasion de plusieurs grossesses, et Rémy, dans sa thèse d'agrégation (page 54), a relevé chez 19 femmes 21 cas de ruptures à la suite desquelles il y eut 10 guérisons, 8 morts, 1 sort inconnu.

Le kyste a-t-il de minces parois, s'est-il enflammé, son pédicule s'est-il tordu (obs. XXII), son volume est-il considérable (obs. XLVIII, L), ce sont là autant de causes qui l'amènent à se rompre. Les fatigues, les marches prolongées et les divers traumatismes sont souvent des facteurs importants de l'apparition de cette rupture, tels sont les cas dont parlent Casate et Barnes de femmes enceintes qui virent leur kyste se rompre, la première à la suite d'une chute, la deuxième après un coup de pied sur l'abdomen, qui détermina au cinquième mois de la grossesse des douleurs violentes, des vomissements, de la fièvre et enfin la mort.

L'utérus peut encore exercer lui-même à l'état de gravidité une fâcheuse influence sur le kyste au point de vue de sa rupture. C'est ainsi qu'au début de la grossesse, le kyste confiné comme l'utérus dans le petit bassin, se trouve comprimé entre la paroi osseuse de ce dernier et l'utérus gravide, il cède alors en un des points de sa paroi souvent malade.

Dans les derniers mois, si la tumeur ovarique est mobile et pourvue d'un long pédicule, elle sera sus-

ceptible de se tordre, et cette torsion pourra provoquer (obs. XXII) une rupture spontanée.

Enfin, « il se produit entre le kyste et l'utérus gravide, ce qui se passe entre le kyste et une tumeur fibromateuse, des frottements, qui vont déterminer la rupture par usure de la paroi mince du kyste. L'utérus gravide et le kyste, en se développant simultanément, sont en effet situés tantôt l'un au devant de l'autre, tantôt juxtaposés » (*in* thèse Fossard).

Les abcès de la paroi du kyste, leur gangrène, les végétations intra-kystiques (obs. II), en résumé, toute altération amenant un processus dégénératif des parois de la tumeur peuvent produire sa rupture.

On a remarqué en outre que le traumatisme influait principalement sur les grandes poches, les kystes papillaires étant les plus gros de ces néoplasmes, ce sont eux surtout qui donneront lieu à cet accident.

Suivant que l'ouverture de la poche a lieu dans le péritoine ou dans les organes voisins, en dehors de la cavité péritonéale, la rupture est dite intra ou extra-péritonéale. Dans les deux cas, les causes sont absolument les mêmes ; la seule différence, dit Fossard, « consiste en cas de rupture extra-péritonéale dans le fait d'adhérences inflammatoires fixant le kyste soit à la paroi, soit aux organes du voisinage. En un mot, le kyste rompu extra-péritonéalement est un kyste adhérent ».

Le plus souvent, le péritoine (Hamilton), la trompe (Richard), la vessie (Duffner), le tube digestif (John

Hunter) : (rectum, côlon rarement, estomac), le vagin (Brewer) sont autant d'organes où vient s'ouvrir le kyste. Cependant, au lieu de se faire jour à travers un orifice naturel, la collection peut surgir à la surface cutanée de l'abdomen après avoir formé au lieu où elle doit se frayer passage à travers les tissus, un abcès indicateur de sa marche libératrice. La récidive ou mieux la reformation de la poche se reproduira parfois, après des mois ou davantage, et la réapparition de phénomènes généraux viendra nous en avertir. Quoi qu'il en soit, il est évident que la poche éclate constamment en son point de *minoris resistentiæ*. Mais, selon le genre de rupture (extra ou intra-péritonéale) les symptômes dans chacune de ces deux grandes variétés seront différents.

La rupture est-elle extra-péritonéale, la malade ressent auparavant des malaises, de la pesanteur, des douleurs qui durent en général quatre ou cinq jours, on les a vues persister pendant trente jours (Richard). Au moment même de la rupture, elle éprouve dans le bas ventre une sensation particulière de craquement et de déchirure qui met facilement le médecin sur la voie du diagnostic.

S'il s'agit d'une rupture intra-péritonéale, la femme, dans quelques cas, plutôt rares, peut ne pas s'apercevoir des accidents de cette nouvelle complication, témoin l'observation suivante rapportée par Fossard (*in thèse 1901*) :

OBSERVATION IL (résumée).

(Dr Moulonguet. — *Echo médical du Nord*, n° 23, 20 juin 1897,
p. 272.)

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire droit chez une femme enceinte. — Végétations intra-kystiques. — Ascite. — Ovariectomie. — Guérison.

Une femme de vingt-neuf ans, Berthe S..., qui semble bien portante, se plaint depuis quinze mois de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Elle dit percevoir, dans son côté, un gros-seur qui augmente de volume.

En mars disparition des règles.

La malade consulte dans les premiers jours de mai.

A l'examen on constate qu'elle est enceinte. Mais à côté de l'utérus, accolé à lui, on sent par le palper et le toucher une masse souple, immobile, paraissant enclavée dans le petit bassin et débordant dans la fosse iliaque droite. On diagnostique un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte et on propose l'intervention.

La femme entre dans mon service le 11 mai, déclarant que depuis la veille, sans qu'il fût survenu rien d'anormal, son ventre avait bien diminué et qu'elle ne sentait plus sa tumeur. En effet la masse, accolée à l'utérus, s'était modifiée et n'était qu'une tumeur mobile qu'on déplaçait par le toucher combiné au palper. Elle n'était pas plus grosse qu'une mandarine.

J'ai opéré cette malade le 14 mai. Ma main a ramené le kyste de l'ovaire, perforé. Cette perforation était angulaire, avait 1 centimètre d'étendue. Elle laissait échapper encore quelques gouttes de liquide kystique. Le kyste à parois épaisses avait sa face interne tapissée de végétations papillaires rouges. Il était déve-loppé sur le bord externe de l'ovaire droit. La perforation était sans doute due à une érosion produite par une des végétations papillaires. En tout cas, il n'est pas permis d'invoquer le traumatisme, ni la torsion du pédicule.

Les suites de l'opération furent normales. Continuation de la grossesse.

Si telle est, dans certains cas, la forme de rupture insidieuse que l'on voit plus particulièrement lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur polikystique, multiloculaire, aréolaire présentant ou non des végétations extérieures, les choses ne se passent pas toujours ainsi. A côté de ce tableau clinique, relativement bénin, où n'existent que peu ou pas de symptômes immédiats, pas de réaction péritonéale mais simplement de l'ascite, il y a une forme dramatique et solennelle qui est la plus fréquente. La femme est prise à l'improviste de sensations vagues, puis d'une vive et brusque douleur, elle a des défaillances, des syncopes, quelquefois les signes d'une hémorragie interne, des convulsions et des accès hystériformes. Le symptôme douleur s'étend sur tout l'abdomen, le ventre s'aplatit aussitôt comme dans l'ascite, la paroi abdominale devient molle, un son clair a fait place à la matité ancienne, matité que nous retrouvons dans les flancs avec tous les signes d'une ascite concomitante. La diurèse est abondante, les mictions sont répétées, la femme rend des flots de salive, le rectum donne issue à une formidable diarrhée ; on a même signalé de la peptonurie.

C'est dans ces conditions que la malade peut être emportée par une mort subite due à une hémorragie abondante (torsion du pédicule, kyste ménorragi-

que) ou, comme le fait remarquer Fossard, à la pénétration rapide du liquide dans la cavité abdominale déterminant des phénomènes de choc. Spencer Wells en rapporte un exemple très intéressant : « Un matin, dit-il, la femme, après s'être retournée brusquement dans le lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre dans elle et mourut presque instantanément. »

A part de tels événements, le plus souvent une péritonite, parfois mortelle, est la conséquence de l'épanchement du contenu kystique dans la cavité péritonéale, surtout s'il s'agit de kystes dermoïdes, sous l'influence de l'irritation péritonéale, le ventre devient très douloureux, il se météorise. Des frissons éclatent, des nausées, des vomissements surviennent. Le pouls est petit, filiforme, la dyspnée est intense, la température monte à 40 degrés, le facies est grippé et si l'on n'intervient pas rapidement par une laparotomie d'urgence, la femme ne tarde pas à succomber au milieu des souffrances causées par une péritonite purulente généralisée. L'opération pratiquée immédiatement peut seule sauver la vie de la malade comme dans cette observation :

OBSERVATION L (résumée) (In thèse Hue, 1883.)

(Spencer Wells et H. Bateman. — *The Lancet*, 1863.)

Kyste de l'ovaire. — Grossesse de quatre mois. — Rupture du kyste. — Péritonite. — Ovariectomie. — Guérison.

Le kyste datant de seize ans se rompit au quatrième mois

d'une grossesse avec grands symptômes. Spencer Wells fut d'avis d'intervenir immédiatement.

La tumeur pesait 37 livres, le péritoine était très injecté sans adhérences récentes.

Les deux premiers jours, la douleur persista; mais il n'y eut de vomissements que le sixième jour après une tentative d'alimentation trop abondante. Le vingt-huitième jour, la malade put quitter Londres.

Le pronostic n'est pas toujours aussi sombre. Quelquefois la péritonite prend des allures plus bénignes et l'un des modes de guérison est l'écoulement du contenu kystique par l'ombilic, la trompe ou le vagin. Tels sont les cas de Richard et de Brewer que nous avons signalés.

Si la rupture de la tumeur s'est faite dans l'intestin, elle est plus dangereuse, car il se produit dans la cavité kystique un mélange de gaz et de matières fécales déterminant des phénomènes putrides et des complications telles que l'entérite et la rectite.

Enfin en dehors de l'ouverture du kyste dans la vessie où le pronostic est presque fatal par suite de la cystite, de la pyélonéphrite ou de la rétention d'urine qui pourront en résulter, il arrive assez souvent que la rupture même intra-péritonéale ne provoque aucun symptôme inflammatoire. C'est dans ces cas surtout que l'on a vu le liquide kystique se laisser résorber et permettre ainsi à la grossesse d'évoluer normalement sans accident.

Cette favorable issue a plus de chance de se produire s'il s'agit d'un kyste paraovarique à contenu

clair, séreux et aseptique. En voici un exemple résumé :

OBSERVATION LI (résumée) (In thèse Dujardin, 1896.)

Grossesse compliquée de tumeur (Kyste para-ovarique)

Femme de vingt-neuf ans, enceinte pour la huitième fois. Examinée d'abord à trois mois et demi de grossesse.

Au palper, on trouve au-dessus du détroit supérieur une masse volumineuse qui peut être divisée en deux tumeurs : l'une à gauche, l'autre à droite de la partie inférieure de l'abdomen. La percussion donne une matité absolue. La tumeur gauche est formée par l'utérus gravide qui se durcit de temps en temps en se contractant.

Au toucher, le doigt sent que la paroi postérieure vaginale est repoussée en avant par une tumeur qui remplit une grande partie de l'excavation. On avait cru d'abord à une rétroversion de l'utérus gravide.

En avant, l'index arrive derrière la symphyse pubienne sur le col ramolli. Il existe entre le col et la tumeur un sillon dans lequel pénètre l'extrémité de l'index.

La tumeur droite est abdominale et pelvienne ; elle est formée probablement par un kyste du ligament large, car la tumeur est fluctuante et ne s'élève pas librement au-dessus du détroit supérieur et s'enfonce dans l'excavation.

M. Terrillon examina la malade dans son service, ne trouva pas trace de tumeur, la grossesse alla à terme, puis la tumeur se reproduisit.

Le kyste s'est donc rompu pendant la gestation. Comme aucun accident n'a suivi sa rupture et qu'elle s'est reproduite ; ce sont là des raisons nouvelles de croire qu'il s'agissait d'un kyste para-ovarien.

Il est plus facile de diagnostiquer la rupture d'un

kyste, si l'on connaît déjà l'existence antérieure de ce kyste.

La rupture est-elle extra-péritonéale? Nous ne la confondrons pas avec celle d'un pyo-salpinx, d'un abcès pelvien, d'un phlegmon du ligament large. Les commémoratifs et la nature du liquide qui s'écoule parfois par une cavité naturelle viendront simplifier nos recherches.

L'examen au spéculum, le toucher combiné au cathétérisme, une injection colorée dans la vessie préalablement vidée, aideront à éliminer les fistules urinaires.

Si le kyste s'est rompu dans la vessie, donnant issue à une urine purulente, le diagnostic est plus difficile, puisque toutes les suppurations pelviennes peuvent aboutir au même résultat. Il est bon de se rappeler cependant qu'en dehors des infections d'origine génitale il s'agit souvent de kystes dermoïdes.

Le diagnostic avec la torsion du kyste ou celle d'un fibrome gravidique, avec une grossesse extra-utérine ou une appendicite au cours de la grossesse sera quelquefois presque impossible à faire, car souvent les symptômes sont à peu près analogues. Douleurs vives dans l'abdomen, météorisme, défense musculaire, hypéresthésie cutanée, frissons, fièvre, vomissements, refroidissement des extrémités, facies péritonéal, voilà les principaux signes de ces différentes affections. C'est ici surtout que les commémoratifs

et la connaissance de l'existence antérieure du kyste acquièrent une importance capitale.

Le passé génital de la malade (blennorrhagie, avortement, fièvre, pertes vaginales), les anamnestiques et les indications données par le toucher dévoileront, avec les douleurs hypogastriques localisées, l'ouverture d'une salpingite purulente kystique.

Les antécédents, la primiparité de la femme à un âge avancé (professeur Pinard), l'apparition de crises douloureuses d'intensité variable, la consistance de la tumeur et ses rapports exacts avec l'utérus sont d'une grande utilité pour déceler une tension de pédicule d'un fibrome utérin.

Enfin on ne prendra pas une occlusion intestinale pour un kyste rompu et la connaissance parfaite des symptômes classiques de l'appendicite fera conclure, s'il y a lieu, à la présence de cette maladie.

Ce diagnostic différentiel, très intéressant au point de vue théorique, n'a pas en pratique la même importance, puisque, dans la plupart des cas, ces divers accidents sont justiciables de la même intervention: *la laparotomie*.

CHAPITRE VI

De la Suppuration des Kystes ovariques

Sous l'influence d'une contusion, d'une rupture, d'une torsion du pédicule, le kyste pourra s'enflammer et suppurer, mais cette complication est assez rare en dehors de toute intervention chirurgicale.

Elle est le plus souvent consécutive à une ponction ; ce n'est pas de cette variété que nous voulons parler, car dans ce cas il ne s'agit plus d'un accident survenu spontanément sous l'influence gravidique, puisqu'il se produit également en dehors de la grossesse. Il ne sera question dans ce chapitre que du kyste suppuré primitivement, tel est le cas suivant cité par Rémy, où l'apparition du pus précède la ponction :

OBSERVATION LII (résumée).

(Hecker. — *Klinik der Geburt*, p. 35. D'après Heiberg, t. III, cas 159.)

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, secondipare, présentant un grand kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Elle eut pendant une grossesse des douleurs abdominales, de la fièvre, et

la tumeur s'accrut rapidement. On fit une ponction au quatrième mois de la gestation, on retira 8.000 centimètres cubes de liquide *mêlé de pus*. Dix huit jours après, nouvelle ponction qui donna 5.000 centimètres cubes de liquide fétide, purulent. Trois semaines, après troisième ponction avec 3.500 centimètres cubes de liquide mêlé de gaz. La malade avorta au sixième mois de la grossesse, huit jours après la dernière ponction et mourut sept jours après l'avortement.

Cette suppuration de la cavité kystique aboutit ordinairement à une péritonite partielle ou généralisée avec adhérences. La péritonite survient quelquefois d'une façon spontanée. C'est ainsi que Schultz examina un jour une femme qui présentait au cinquième mois d'une grossesse compliquée de kyste une péritonite ancienne. Enfin Habib cite un cas de péritonite due à la présence d'un gros kyste. Mais, à part de tels faits, le plus communément, *la suppuration de la cavité kystique est cause de la péritonite*. On pourrait même dire que le stade de suppuration interne amène presque fatalement l'inflammation extérieure du kyste et de la séreuse qui le recouvre.

Quels sont les symptômes de cette inflammation et de cette suppuration ?

Il est facile de prévoir quelle en sera la nature et l'évolution. S'agit-il d'une simple inflammation, elle se révèle par une élévation de la température et une sensibilité très marquée de la tumeur. A-t-on affaire à une suppuration, les phénomènes apparents s'exagèrent et se traduisent alors par les mani-

festations ordinaires de la péritonite enkystée ou diffuse : Sueurs, frissons, fièvre, douleurs abdominales, etc. Parfois même, la femme accuse un état de grande faiblesse accompagné d'une haute température qui nécessite une opération d'urgence. En pratiquant le palper, on sent près de l'utérus une tumeur plus ou moins grosse ordinairement tendue et douloureuse. Cette tumeur, dit Bouilly, n'est autre chose que le kyste ovarique qui est en train de s'enflammer ou de suppurer.

Par le toucher vaginal, en refoulant l'utérus, on provoque de la douleur et perçoit une déviation parfois assez prononcée de la matrice qui, déviée tantôt latéralement, tantôt projetée en avant ou en arrière, est le plus souvent immobile par le fait d'adhérences contractées avec les parties adjacentes.

Le toucher rectal peut compléter cet examen.

Dans les cas favorables, la crise ne dure que quelques jours, puis s'atténue. Les phénomènes inflammatoires s'amendent et finissent par disparaître. Quelquefois au contraire ces phénomènes persistent plusieurs mois, amenant peu à peu chez la malade un état d'émaciation extrême.

Souvent, il se forme une poche purulente au milieu de récentes et nombreuses adhésions. Cette inflammation localisée peut se généraliser et entraîner, dit Bouilly, la mort par péritonite aiguë ou plus lentement par septicémie et les accidents qui l'accompagnent. La péritonite devient quelquefois rapidement mortelle. C'est surtout ce qui arrive lors-

que le kyste suppuré s'ouvre par rupture dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, les symptômes étudiés plus haut deviennent excessifs, ils passent à l'état suraigu.

Si, au contraire, le processus inflammatoire diminue d'intensité, le calme s'établit et peut même durer longtemps ; l'affection reste alors endormie pour ne se réveiller qu'après de longs mois ou après des années. Mais des poussées nouvelles à forme plus ou moins aiguë pourront réapparaître à la suite d'un effort, d'un traumatisme etc., l'observation XVIII en est une excellente preuve.

Tels sont résumés les symptômes de l'inflammation et de la suppuration du kyste ovarique au cours de la grossesse, symptômes de la péritonite ordinaire, à l'existence de laquelle on est souvent obligé de s'en tenir pour émettre un diagnostic probable. On sait, du reste, que M. le professeur Terrier a signalé les difficultés de ce diagnostic. Combien en effet et des plus autorisés s'y sont trompés !

L'étude attentive des principaux signes que nous avons étudiés, leur discussion raisonnée pourraient mettre sur la voie et permettre de se rapprocher dans la mesure du possible du bon diagnostic que presque toujours l'opération seule viendra confirmer.

Pronostic

A part quelques cas, tout à fait exceptionnels, les complications des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse, comportent un pronostic très grave pour la mère et l'enfant. L'étude détaillée de leurs symptômes montre qu'il ne faut pas douter de la gravité des hémorragies et des adhérences. Combien un kyste suppuré est plus à craindre pour la vie de la mère et celle du fœtus qu'une tumeur kystique ordinaire ! Un kyste rompu ou trop volumineux, un pédicule tordu ne viennent-ils pas encore ajouter une somme importante de dangers à une affection déjà assez sérieuse par elle-même.

Nous avons vu qu'il y a des péritonites mortelles dues aux complications des kystes de l'ovaire. On sait ce qu'il faut penser de la ponction au sujet du pronostic, malgré les progrès de la chirurgie et de l'antisepsie actuelle.

En résumé, les complications des kystes ovariens pendant la gestation ont un grave retentissement sur la vie de la mère et sur celle de l'enfant.

Elles sont graves pour l'enfant. Notre étude d'observation le proclame hautement.

Elles sont également graves pour la mère puisque dans nombre de cas la mort en a été la conséquence inévitable. Cette mortalité maternelle, assez faible relativement à celle de l'enfant, tend de plus en plus à disparaître grâce à l'application de cette règle de M. le professeur Pinard déjà énoncée au début de ce travail. « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être opéré. » Ce précepte doit être universellement admis.

On opérera d'autant plus facilement, qu'il est bien prouvé que les opérations chirurgicales ne nuisent guère à l'évolution de la grossesse, surtout si l'on a recours aux injections prophylactiques de morphine faites après l'opération.

Cependant il est certain, et nous en sommes convaincu, que la gravité du pronostic fœtal reste encore supérieure à celle du pronostic maternel.

Le pronostic dépend surtout du traitement appliqué pendant la grossesse. Il suffirait d'ailleurs de comparer les anciennes statistiques avec les plus récentes, pour mettre en évidence l'avantage de ces dernières, avantage dû certainement à l'efficacité d'un traitement précoce et radical.

Traitement

On préconisa jadis la ponction avec ou sans injections modificatrices, le drainage et l'électrolyse, pour parer surtout aux accidents occasionnés par l'excès de volume du kyste ovarique au cours de la grossesse. La ponction dans ce cas est un procédé d'urgence encore indiqué et qui suffit souvent à atténuer l'état de malaise général où se trouve la malade. Mais la ponction a aussi de nombreux et graves inconvénients. Elle n'est pas un moyen curatif, le liquide ne tardant pas à se reproduire. Elle peut être considérée comme dangereuse, puisque, d'après Thornton Knowley, elle serait une cause de torsion pédiculaire et que, pour Rémy, elle exposerait parfois la malade à des poussées de péritonite. Suivant Heiberg, elle ne serait pas sans influence sur la marche de la grossesse, aussi Hergott conseillait-il d'attendre le septième mois pour la faire, espérant dans le cas d'accouchement prématuré, avoir un enfant vivant.

Aujourd'hui, la ponction n'est que d'un secours provisoire et urgent et ne doit pas être utilisée au cours de la gestation, car elle constitue alors, dit

M. le professeur Pinard, un danger qu'on fait courir à la mère et à l'enfant.

Quant à ériger l'avortement ou l'accouchement provoqué en méthode théorique, comme le conseillait Barnes en 1873, c'est un procédé *inadmissible*. D'ailleurs l'interruption de la grossesse ne met pas la malade à l'abri des accidents déterminés par l'accouchement ou la puerpéralité (hémorragie intrakystique, suppuration) et n'exclut pas l'extirpation de la tumeur qui plus tard devient inévitable, exposant ainsi la femme à un double danger (provocation de l'accouchement prématuré et ovariotomie).

Aussi, en présence de complications de kyste de l'ovaire pendant la grossesse, la règle est *de ne jamais interrompre l'évolution de celle-ci*. Il faut, par une opération pratiquée en temps utile, chercher à sauver la vie de la mère et celle de l'enfant en permettant à la grossesse d'aller à terme.

Comme pour le kyste ordinaire, en présence d'un kyste compliqué chez la femme enceinte, c'est à l'ovariotomie qu'il faut faire appel, d'autant plus qu'il n'existe aucune contre-indication notable à cette opération. L'ovariotomie est aujourd'hui presque universellement adoptée. A la suite de la discussion qui eut lieu en 1905 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, la plupart des chirurgiens et accoucheurs se sont rangés à l'avis de M. le professeur Pinard : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré. »

L'opération doit être faite d'urgence quand il se produit une rupture du kyste, une torsion du pédicule, une hémorragie ou une suppuration (Rémy).

Cette opération n'est pas plus dangereuse à l'état de gravidité qu'à l'état de vacuité. Elle a de plus le mérite d'être le seul mode de durable et complète guérison.

Opérer le plus tôt possible, voilà la règle. On a montré cependant que si les accidents ne sont pas imminents, c'est au troisième mois de la grossesse que l'opération présente le plus de chance de réussite. « Quel que soit le moment, dit M. le professeur Pinard, où l'on diagnostique la présence d'un kyste de l'ovaire, chez une femme enceinte, on doit en faire l'ablation, à moins que la grossesse ayant dépassé six mois, le kyste soit peu volumineux et stationnaire dans son évolution. Dans ce cas on doit opérer à terme, c'est-à-dire au début du travail et non à l'époque de la soi-disant viabilité qui n'est qu'un leurre. Mais si une complication survient du côté du kyste (accroissement rapide de la tumeur, symptômes péritonitiques, etc.), un seul traitement s'impose aussi urgent que nécessaire : le traitement chirurgical » (Compte rendu de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Péd., 1902 et 1905).

Quant à la technique de cette opération, nous n'avons pas ici à la décrire longuement. Qu'il suffise de dire que la veille de l'opération la malade sera purgée et que le matin même un lavement lui sera administré. Ensuite on agira un peu différem-

ment suivant telle ou telle complication. En tout cas il faudra toujours éviter de provoquer des déplacements ou des tiraillements de l'utérus grâce à une position favorable (plan horizontal) donnée à la femme pendant l'opération.

Si le kyste est tordu, à contenu hémorragique ou purulent, après avoir incisé la paroi abdominale et assuré la protection du péritoine au moyen de compresses, on ponctionnera la tumeur et fera l'extirpation après section du pédicule entre deux clamps. Et si le kyste présente des adhérences aux parties voisines, on devra les rompre avec précaution, surtout s'il en a du côté de l'utérus (Cocard), en évitant le plus possible de tirer sur l'organe gestateur.

« Enfin, s'il s'agit d'un kyste rompu, dit Fossard, on extraira rapidement la poche kystique, liera le pédicule avec de la soie et le cautérisera avec le thermocautère. On s'attachera surtout à faire une toilette soignée de la cavité péritonéale, et si le liquide épanché paraît suspect on pratiquera le drainage suspubien. » L'opération sera terminée par une suture soignée de la paroi abdominale afin de parer plus tard à l'éventualité d'une éviscération.

Après l'intervention et suivant les conseils de M. le professeur Pinard, on utilisera la morphine en injections sous-cutanées pour prévenir les contractions utérines possibles. Pendant les premiers jours, la diète et le repos absolu seront observés par la malade qui devra garder le lit pendant au moins trois semaines.

Certains ont préconisé l'ablation du kyste par la voie vaginale, surtout lorsque la tumeur est enclavée dans le petit bassin et proémine dans le cul-de-sac postérieur. Mais cette opération est détestable au point de vue de l'évolution de la grossesse, aussi même dans ce cas, il faut pratiquer la laparotomie.

En résumé, en présence de graves complications dues aux kystes de l'ovaire, et bien que dans ces conditions l'ovariotomie soit plus dangereuse qu'en dehors de tout accident, elle est encore le seul traitement vraiment sûr et rationnel et doit constituer alors une opération urgente et nécessaire. Pratiquée avec toutes les règles de l'art et les précautions aseptiques et antiseptiques voulues, elle sera le seul moyen de sauvegarder souvent la vie de la mère sans nuire la plupart du temps au produit de la conception.

CONCLUSIONS

I. — Excès de volume, torsion du pédicule, adhérences, hémorragies, rupture, suppuration de la tumeur sont autant de complications du kyste de l'ovaire pendant la grossesse.

II. — Les accidents que provoquent ces diverses complications sont très graves et excessivement dangereux pour la vie de la mère et celle de l'enfant. Ils sont heureusement de plus en plus rares aujourd'hui grâce au traitement prophylactique recommandé par M. le professeur Pinard : *Que la femme enceinte doit être soumise dès les premiers mois de sa grossesse à un examen médical sérieux et que tout kyste diagnostiqué au cours de la gestation doit être opéré.*

III. — Lorsque ces complications surviennent, elles constituent une indication opératoire urgente, qui consiste dans une laparotomie.

IV. — Le mode opératoire, un peu différent dans ses détails suivant telle ou telle complication, peut se résumer en ce mot : *Ovariectomie.*

V. — L'ovariectomie pratiquée, toujours *en plan horizontal*, sera simple ou double selon les cas.

VI. — Le chirurgien se gardera surtout de toucher ou de tirer l'utérus pendant l'opération afin de ne

pas provoquer de contractions utérines, car *on ne doit jamais interrompre la grossesse.*

VII. — Dans tous les cas où l'on pratiquera la laparotomie, il sera nécessaire pour éviter tout danger d'interruption de la grossesse de faire immédiatement des injections sous-cutanées de morphine pendant les premiers jours qui suivront l'opération (M. Pinard).

Vu : le Président de la thèse :

PINARD

Vu le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ATLEE. — Gen. and. diff. diagn. of. ov. tum., 1865.
- BARNES. — In The Lancet, 1861, vol. II.
- Leçons sur les opérations obstét. (trad. franç. de Cordes), 1873, p. 254.
- Archives de tocologie, 1879.
- Maladies des femmes (trad. franç.), p. 292.
- BOUILLY. — La Gynécologie, juin 1896.
- Pronostic des kystes végétants de l'ovaire. XI^e [Congrès de chirurg. de Paris, 1897.
- Appendicite et Annexite, in Sem. gyn., III, 1898.
- Soc. d'obst., de gyn., de péd. de Paris, mars 1900.
- Manuel de pathologie externe, t. IV, 1901.
- BROCA. — Traité des tumeurs, t. II, p. 12.
- BOURSIER. — Compte rendu du Congrès de chirurgie de Paris, 1892.
- Soc. d'obst., de gynéc., de péd. de Bordeaux, 12 déc. 1897.
- Précis de gynécologie, 1903.
- BAUDRON. — Société anatomique (Bulletins), 1891.
- C. R. Soc. gyn., et obst., Paris, 6 avril 1900.
- BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1898, n° 506.
- CATHELIN. — La torsion des hydrosalpinx. Revue de chirurgie, février-mars 1901.
- COCARD. — Thèse de Paris, 1896.
- DUJARDIN. — Thèse de Lille, 1896.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1901.
- FINAZ. — Thèse de Lyon, 1898.

- FOCHIER. — Kystes dermoïdes adhérents dans le cul-de-sac de Douglas (Lyon médical, 4 juill. 1886).
- FORGUE. — Précis de pathologie externe, 1902-1903
- FOSSARD. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1901, n° 425.
- GAULARD. — Traité d'accouchements, traumatisme et grossesse.
- HUE. — Thèse de Paris, 1883, n° 241.
- HUREL. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- HERGOTT. — Annales de gynéc., juin 1886.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1901.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires, 1886. — The obst. Soc. of London, 1880.
- LEFAYE. — Thèse de Paris, 1895, n° 243.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence, 1902.
- LEPAGE. — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, 1890-1904.
- MOULS. — Thèse de Paris, 1890, n° 152.
- OLSHAUSEN. — Tumeurs des ovaires, in Deutsche chirurgie de Billroth et Luëcke, 1886.
- PINARD, TERRIER, SEGOND, LEPAGE. — Annales de gynéc. et d'obstét., 1905. C. R. Soc. d'obst., de gyn., de péd., Paris, 1899-1906.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1898.
- RENON. — Archives médico-chirurgicales du Poitou, 1906.
- RÉMY. — De la grossesse compliquée de kystes ovariens. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1900.
- SCHROEDER. — Zeitsch f. geburtshilfe und gyn., 1879.
- Maladies des organes génitaux de la femme (3^e édit., franç.), 1899.
- SPENCER WELLS. — Traité des maladies des ovaires, 1865.
- Des kystes ovariens coïncidant avec la grossesse (Arch. de tocologie, 1876).

— Traité des tumeurs abdominales, 1886.

TERRILLON. — Revue de chirurgie, 1887.

— Leçons de cliniques chirurgicales de la Salpêtrière,
1889.

TESSIER. — Thèse de Paris, 1902.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 1900.

THOMTON-KNOWLEY. — Trait. obst. Soc. of London, XXIII,
1881.